

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1900

THÈSE

N°

335

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le Jeudi 12 Juillet 1900, à 1 heure

PAR

J.-D. DÉSIR

Né à Gonaïes (Haïti), le 24 février 1866

DES CAUSES

DE LA

HERNIE INGUINALE

RÉCIDIVÉE

Président : M. BERGER, Professeur.

Juges : MM. BRUN, Professeur.

NÉLATON et FAURE, agrégés.

Le candidat répondra aux questions qui lui seront faites
sur les diverses parties de l'enseignement médical

PARIS

JOUE ET BOYER

Imprimeurs de la Faculté de médecine

15, RUE RACINE, 15

1900



FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1900

THÈSE

N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le Jeudi 12 Juillet 1900, à 1 heure

PAR

J.-D. DÉSIR

Né à Gonaïes (Haïti), le 24 février 1866

DES CAUSES

DE LA

HERNIE INGUINALE

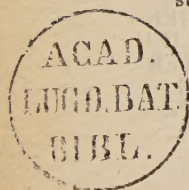
RÉCIDIVÉE

Président : M. BERGER, Professeur.

Juges : MM. BRUN, Professeur.

NÉLATON et FAURE, agrégés.

Le candidat répondra aux questions qui lui seront faites
sur les diverses parties de l'enseignement médical



PARIS

JOUVE ET BOYER

Imprimeurs de la Faculté de médecine

15, RUE RACINE, 15

1900

UNIVERSITÉ DE PARIS — FACULTÉ DE MÉDECINE

Doyen : M. BROUARDEL.

PROFESSEURS

	MM.
Anatomie.....	FARABEUF
Physiologie.....	CH. RICHET
Physique médicale.....	GARIEL
Chimie organique et chimie minérale.....	GAUTIER
Histoire naturelle médicale.....	BLANCHARD
Pathologie et thérapeutiques générales.....	BOUCHARD
Pathologie médicale.....	{ HUTINEL
	{ DEBOVE
Pathologie chirurgicale.....	LANNELONGUE
Anatomie pathologique.....	CORNIL
Histologie.....	MATHIAS DUVAL
Opérations et appareils.....	TERRIER
Pharmacologie et matière médicale.....	POUCHET
Thérapeutique.....	LANDOUZY
Hygiène.....	PROUST
Médecine légale.....	BROUARDEL
Histoire de la médecine et de la chirurgie..	BRISAUD
Pathologie expérimentale et comparée.....	CHANTEMESSE
	{ FOTAIN
Clinique médicale.....	{ JACCOUD
	{ HAYEM
	{ DIEULAFOY
	{ GRANCHIER
Maladies de enfants.....	
Clinique de pathologie mentale et des mala-	
dies de l'encéphale.....	JOFFROY
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.	FOURNIER
Clinique des maladies du système nerveux.	RAYMOND
	{ BERGER
Clinique chirurgicale.....	{ DUPLAY
	{ LEDENTU
	{ TILLAUX
Clinique ophtalmologique.....	PANAS
Clinique des maladies des voies urinaires..	GUYON
Clinique d'accouchement.....	{ BUDIN
	{ PINARD

AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM.	MM.	MM.	MM.
ACHARD	DESGREZ	LEJARS	THIERY
ALBARRAN	DUPRE	LEPAGE	THIROLOIX
ANDRÉ	FAURE	MARFAN	THOINOT
BONNAIRE	GAUCHER	MAUCLAIRE	VAQUEZ
BROCA Auguste	GILLES DE LA	MÉNÉTRIÉR	VARNIER
BROCA André	TOURETTE	MÉRY	WALLICH
CHARRIN	HARTMANN	ROGER	WALTER
CHASSEVANT	LANGLOIS	SEBILEAU	WIDAL
DELBET	LAUNOIS	TEISSIER	WURTZ
	LEGUEU		

Chef des Travaux anatomiques..... M. RIEFFEL.

Par délibération, en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A Haïti. ma chère Patrie

A la Mémoire de mon Père

A ma Mère

Ma plus profonde gratitude.

A mes Amis Français et Haïtiens

A mes chers Maîtres

De la Faculté et des Hôpitaux de Paris

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE :

Monsieur le Professeur Paul Berger

Professeur de clinique chirurgicale de la Faculté de Paris

Membre de l'Académie de médecine

Officier de la Légion d'honneur

Avant-propos

Avant d'entreprendre le travail qui nous a été inspiré par notre illustre maître, M. le Professeur Berger, travail qui va être le couronnement de nos études, nous venons respectueusement présenter l'hommage de notre profonde reconnaissance aux divers maîtres de la Faculté des hôpitaux de Paris, qui nous ont aidé de leurs grandes lumières, au cours de nos études.

Nous dirons toute notre gratitude aux maîtres dans le service desquels nous avons travaillé et aux divers chefs de clinique que nous avons eu l'honneur d'y rencontrer.

Nous remercierons particulièrement MM. le professeur Jaccoud, dans le service de qui nous avons passé 3 ans et où nous avons appris les premières bases de l'auscultation ; Le Dentu, dans le service de qui nous avons appris la grande chirurgie et où il nous a été donné de faire deux remplacements d'externes ; Guyon, dans le service de qui nous avons étudié les

maladies des voies urinaires; Huchard, dans le service de qui nous avons appris à ausculter le cœur. Dieulafoy dans le service de qui nous avons appris les diverses affections de la poitrine, etc., etc.

Et nous dirons tout particulièrement à notre maître, M. le professeur Berger, toute notre reconnaissance de l'honneur qu'il nous a fait d'accepter la présidence de notre thèse.



Chapitre premier.

De la hernie inguinale récidivée. — Ses causes.

Procédé de Bassini.

Les causes de la récurrence de la hernie inguinale sont multiples.

Elle peut dépendre d'un procédé opératoire défectueux, d'un procédé opératoire bien que complet mais mal exécuté par l'opérateur et d'autres causes multiples que nous signalerons dans le cours de notre travail.

Avant d'entrer dans la discussion des causes de récurrence de la hernie inguinale nous passerons en revue un certain nombre de procédés opératoires qui ont été employés dans la cure de la hernie inguinale.

Les procédés de cure qui ont été employés sont si nombreux, que nous ne rapporterons ici que ceux

qui nous paraissent avoir joui de plus de crédit, et encore leur réputation a été surfaite, car ils n'ont pas donné tout le résultat qu'on attendait d'eux.

C'est à Celse que revient l'honneur d'avoir posé les premières bases de la thérapeutique herniaire et de sa technique opératoire ; ses idées devaient cheminer à travers les siècles pour arriver jusqu'à nous.

Des procédés opératoires. — Celse, dans la puissance de son génie, imagina et créa le bandage herniaire. Ce bandage contentif consistait en une bande de toile au bout de laquelle il faisait fixer une pelote. Cette pelote, il la plaçait au niveau de l'orifice inguinal, d'où sortait la hernie, tandis qu'il enroulait le plein de la bande autour du corps du hernieux.

Cette ingénieuse méthode, modifiée par les écoles arabe, italienne, française et anglaise, est encore loin, de nos jours, d'atteindre la perfection. Car, combien ne connaissons-nous pas de hernieux qui, après avoir frappé successivement aux portes de nombreux bandagistes sans plus de succès, finissent par réclamer la cure sanglante.

Celse ne se servait pas indifféremment de la contention ou de la cure sanglante ; il savait distinguer les cas qui étaient justiciables de l'une ou de l'autre méthode.

C'est ainsi qu'il n'opérait pas les enfants au-

dessous de six ans, ni les adultes cacochymes, ni darteux, ni galeux, ni les hernies volumineuses.

N'est-ce pas de nos jours le triomphe de la chirurgie que d'observer ces règles.

Il n'opérait pas plus la hernie étranglée; le traitement de l'étranglement herniaire, d'après Celse, consistait en des saignées au bras, des cataplasmes sur le bas du ventre, des bains et très peu d'aliments.

Celse n'opérait pas les enfants à cause du grand bénéfice que ces petits malades pouvaient tirer d'une contention méthodique, qui, dans le cas où elle ne parviendrait pas à produire une guérison complète pouvait au moins suffire à empêcher la migration de l'intestin dans les bourses. C'est encore de nos jours ce que conseillent les chirurgiens.

Quant à la hernie volumineuse il ne l'opérait pas à cause du grand danger dont était entourée cette grave opération et la récurrence fatale à laquelle le malade n'échappait pas.

Voilà sa technique quand il opérait les hernies peu volumineuses.

Celse fendait au scalpel la peau de l'aîne jusqu'à la tunique moyenne; un aide saisissait cette tunique avec deux égrignes près des lèvres de l'ouverture, pendant que le chirurgien la dégagait, puis il divisait les adhérences s'il y en avait. Quand la tunique se trouvait suffisamment dégagée, le chirurgien l'inci-

sait de l'aine au testicule en se gardant de blesser cet organe, ensuite il excisait la muqueuse.

C'est là, dit Celse, l'opération que l'on pratique dans des cas légers.

Si, au contraire, l'affection était plus grave et le sujet robuste, le testicule ne doit pas être, encore dans ce cas, retiré, mais laissé en place.

Voici ce que commande Celse dans ce cas :

On incise comme précédemment en se servant des érignes pour accrocher les deux lèvres de la plaie de manière que l'aide retienne le testicule et l'empêche de s'échapper par l'ouverture, puis, avec le scalpel, on incise cette tunique par en bas et l'on introduit en dessous l'index de la main gauche jusqu'à la partie inférieure du testicule qu'on pousse vers la plaie ; ensuite, à l'aide du pouce et de l'index de la main droite, on écarte la tunique supérieure, la veine, l'artère, le nerf et la gaine de ces organes.

Si de petites membranes font obstacle, on les divise avec le scalpel jusqu'à ce que la gaine soit tout à fait à nu. Après avoir retranché ce qui doit être ôté, on replace le testicule, on enlève, des bords de la plaie de l'aine, une lanière d'une certaine largeur, afin que cette plaie ait plus d'étendue et produise plus de chair.

Voilà le procédé qu'employait Celse dans la hernie volumineuse et cette lanière qu'il enlevait dit

assez qu'il voulait resserrer le plus possible l'anneau inguinal pour empêcher la récidence.

En lisant ces passages, nous ne pouvons qu'être étonné de la puissance du génie de Celse qui comprit si bien la cause de la récidence.

2^e *Siècle*. — Un siècle après Celse, Héliodore précisa davantage la technique opératoire de la hernie volumineuse, au point de vue de la récidence.

Voici comment il conseillait d'opérer :

Son incision à la peau est faite comme il a été dit au chapitre précédent.

Après avoir écarté les différentes couches avec les crochets, un aide est chargé de retenir le testicule en haut et en même temps un peu parallèlement, car, s'il le tirait directement en haut, l'opérateur serait quelque peu gêné ; puis, ce dernier incise les différentes membranes tendues par les crochets et les extirpe.

Comme les vaisseaux sanguins, lorsqu'ils sont vidés, ressemblent aux membranes, il est indispensable de recommander à l'aide de repousser fortement le testicule latéralement, afin que le sang se précipite dans les vaisseaux et qu'il les rende nettement reconnaissables.

Les vaisseaux sectionnés pendant l'opération, sont liés ou tordus selon leur volume ; puis, le sac

étant isolé des parties voisines, le testicule repoussé dans les bourses, le chirurgien s'assure si, malgré la réduction des intestins et leur maintien dans la main d'un aide, une anse intestinale ne serait pas redescendue.

Nous nous guidons sur la transparence du sac ; lorsque, après avoir tiré sur le sac, on l'applatit avec les deux mains, sa transparence disparaît au niveau de l'anse intestinale ; nous pouvons aussi diagnostiquer la présence de cette dernière à la palpation, car le sac présente alors une épaisseur inégale.

Passant ensuite à la résection du péritoine, il ajoute : « Lorsque les viscères sont réduits et le sac complètement vidé, nous procédons à l'incision de ce dernier ; il importe de bien se rendre compte de l'étendue du sac, car si nous excisons moins de péritoine qu'il ne faut, il en résultera une nouvelle hernie parce que les bords de la plaie n'étant pas tendus, les intestins trouveront une nouvelle porte de sortie.

D'autre part, si nous en excisons trop, comme nous aurons à tirer une certaine partie du péritoine, les bords de la plaie seront trop tirillés pour se réunir et nous exposerons notre malade à une nouvelle hernie.

Afin d'exciser la séreuse dans une juste mesure, nous attirons le sac au dehors en fixant le péritoine entre les doigts ; et dès que les bords cutanés com-

minent à se retrousser sur le ventre, c'est que toute la partie à exciser est sortie de l'abdomen.

Si les bords de la peau se retroussent fortement, c'est qu'on a trop tiré sur le péritoine ; il faut alors relâcher la main. Après avoir été attiré, le péritoine est tordu ; ensuite on l'excise transversalement. Après cette opération il se rétracte et se referme si complètement que le bouton d'une sonde ne parvient pas à franchir son orifice.

Si par hasard une anse intestinale était redescendue dans le sac nous recommencerons notre torsion par la base du sac c'est-à-dire par la partie vide, en réduisant petit à petit l'anse intestinale ; c'est pour cela que nous recommandons à notre aide d'appliquer les deux mains sur les bords de la plaie, afin de repousser en haut le viscère en prolapsus et de le maintenir en place ; de cette façon nous parvenons à exciser les parties qui doivent être enlevées.

Lorsque le viscère hernier a contracté des adhérences avec le péritoine nous le reconnaissons à ce que nous ne pouvons le réduire avec le doigt ni le séparer de cette séreuse, nous recommandons alors à notre aide de comprimer fortement en haut les bords de la plaie afin d'éviter la descente de nouvelles anses ; puis nous faisons dans le sac, à un endroit où celui-ci est libre, une incision assez large pour permettre l'entrée d'un doigt ; nous y introduisons l'index et incisons le sac tout le long de ses adhérences avec

l'anse intestinale, sans toucher à la portion du péritoine qui adhère à l'intestin.

Après cette opération, nous confions les deux bords de la plaie péritonéale à un aide qui les maintient écartés avec deux crochets mousses, et nous réduisons avec l'index, l'anse détachée du sac, mais encore adhérente au lambeau du péritoine que nous venons d'exciser.

L'index restant alors dans la plaie, nous commençons la torsion en retirant l'index au fur et à mesure que la torsion est plus énergique.

Quand elle est terminée nous coupons le collet.

Quoi de plus merveilleux que ces pages !... C'est, j'ose dire, la perfection de l'art à sa création.

Cette puissante conception de la torsion du sac après la parfaite réduction de l'intestin est merveilleuse. Et qui sait si avec le secours de l'antisepsie, le deuxième siècle n'aurait pas réalisé son rêve.

Au IV^e Siècle, parut un chirurgien plein de talent qui s'adonna spécialement à la chirurgie herniaire. Il s'occupa peu de la contention et utilisait toute sa science à perfectionner la cure sanglante contre la récurrence.

Ce chirurgien est Oribase. Oribase perfectionna les méthodes d'Héliodore et de Celse. Oribase après avoir incisé la peau allait à la recherche du sac. Quand il l'avait sous les yeux, il faisait prudemment son incision pour ne pas blesser les vaisseaux et les

organes importants qu'il contient, réduisait ensuite son intestin.

Quand il constate que son sac est vide, il en tord le pédicule et en résèque une partie. Voici ce que conseille Oribase pour la résection du péritoine en vue d'éviter la récurrence: « Si, dit-il, l'intestin est placé latéralement et si le péritoine est vide, nous réséquons cette membrane, mais nous ferons surtout attention à l'étendue de cette résection; en effet, si on retranche une portion moins considérable que toute celle qui glisse vers le bas, la conséquence en sera la formation d'une nouvelle hernie, vu que les bords de la plaie resteront relâchés et fourniront un passage facile aux intestins qui pourront glisser vers le bas; si au contraire, on retranche plus que ce qui s'est échappé, et qu'on attire de plus une partie de la portion du péritoine qui est restée dans son état naturel, de nouvelles hernies surviendront aussi parce que les bords de la plaie du péritoine ne pourront pas toujours se réunir, à cause de l'étendue de la résection et les malades courront souvent des dangers parce que des parties qui se trouvaient dans leur état naturel se trouveront extirpées. »

Afin que nous ne nous trompions pas par rapport à la mesure, il faut attirer le péritoine à l'extérieur en faisant attention à son sommet, et quand les bords des téguments de la peau du ventre commencent à se renverser, attendu que le péritoine s'abat à

la traction, ce qui doit être retranché arrive hors de la plaie ; mais si les bords de la plaie sont fortement renversés, il faut reconnaître qu'on a poussé trop loin la traction et qu'on doit la modérer.

Après avoir serré le péritoine nous le tordons, car si on le tranche d'un seul coup il se crispe, se rétracte sur lui-même et se ferme tellement qu'il n'admet même plus le bouton d'une sonde.

Si une anse intestinale s'est échappée, il faut commencer par la partie vide du péritoine, près du sommet des parties, pour repousser doucement cette anse vers la profondeur ; puis nous ordonnerons à l'aide de placer les doigts de ses deux mains près des bords de l'incision, de saisir la partie refoulée de l'intestin, de la remonter et de la relever à l'intérieur pour qu'elle ne retombe pas, et nous en viendrons ainsi à déterminer l'étendue de la résection.

Si l'intestin a contracté sur quelques points des adhérences avec le péritoine « or nous reconnaitrons « cette circonstance en ce que l'intestin ne peut être « en aucune façon refoulé par les doigts ni séparé du « péritoine sur un point dont il s'agit » nous ordonnerons à l'aide de contenir avec ses deux mains les bords de l'intestin et de retirer très fortement les intestins en haut, de manière à rendre impossible la chute d'une nouvelle anse intestinale ; nous ferons nous-même, dans la partie mince du péritoine éloignée de l'intestin, une incision assez grande pour qu'elle

puisse admettre le doigt ; nous introduirons le doigt indicateur à travers cette incision et, nous servant de ce doigt comme d'un appui, nous diviserons le péritoine parallèlement à son adhérence avec l'intestin en laissant réunie à l'intestin toute la partie du péritoine qui a contracté des adhérences avec lui.

Alors nous fixerons dans les bords de l'incision du péritoine deux crochets mousses que nous confierons à des aides pour relever les lambeaux ; nous-même nous refoulerons à l'aide du doigt indicateur l'intestin détaché désormais du péritoine en entraînant avec lui le reste de son adhérence avec cette membrane, et pendant que le sommet du doigt est encore placé dans la plaie, nous commençons à tordre le péritoine avec des crochets, ensuite nous retirerons le doigt, nous tordrons plus fortement le péritoine et nous reséquons cette membrane dans l'endroit indiqué.

Les chirurgiens du v^e, vi^e et vii^e siècles n'ont rien apporté de nouveau à la chirurgie herniaire au point de vue de la récidive.

Ce n'est que vers la fin du vii^e siècle que parut Paul d'Egine qui devait transformer la chirurgie herniaire. Paul d'Egine inaugura la castration dans la hernie volumineuse pour empêcher la récidive. Cette malheureuse méthode a été le fléau des hernieux. Du temps de Roget et de Roland en Italie, a dit Brunus, la majeure partie de ceux qui exerçaient

Cet art sont des idiots, des rustiques et des imbéciles, et ce qui est plus terrible encore, des femmes viles et présomptueuses ne craignent pas d'en faire abus. La même chose se passe à Paris : « Les chirurgiens sont presque tous des clercs, ils s'habituent à regarder les opérations comme au-dessous d'eux.

« C'est ainsi qu'ils préparent le règne des empiriques, de ces charlatans, de ces opérateurs ambulants, de ces coureurs, inciseurs de pierre, herniers, abluteurs de cataractes, rebouteurs, arracheurs de dents, triacleurs, draneurs, hommes et femmes qui jusqu'au dix-huitième siècle ensanglantaient les villes et les campagnes, proposant la cure radicale de toutes les hernies, castrant tous les hernieux, à tel point qu'à des époques différentes les pouvoirs publics s'émurent et que les peines les plus sévères furent édictées contre ces mutilateurs avides. »

La castration fut si longtemps l'opération à la mode que l'empereur Constantin avait fait une loi par laquelle ceux qui s'aviseraient de pratiquer la castration pendant l'opération de la hernie seraient condamnés au bannissement.

Cette loi devait être exécutée sous peine de mort et celui qui souffrirait la castration dans sa maison sur un de ses esclaves aurait ses biens confisqués.

Voici comment s'exprime Paul d'Egine : « Le malade étant couché sur le dos, et la peau de l'aîne soulevée par un aide, nous la divisons en travers et

nous la coupons entièrement. Avec des crochets nous déployons l'incision qui doit avoir une dimension égale à celle du testicule à enlever. Ensuite passant des grignes dans la peau autant qu'en exige la grandeur de la plaie nous dépasserons avec un crochet mousse ou avec un scalpel les membranes et la graisse, et nous les coupons avec un bistouri. Ayant ainsi mis à nu le péritoine de tous côtés, nous poussons le doigt indicateur vers la partie postérieure du scrotum, entre le péritoine et le dartos, pour détruire l'adhérence postérieure; puis avec la main droite nous replions en dedans l'extrémité du scrotum en même temps qu'avec la main gauche nous tirons en haut le péritoine et que nous élevons le testicule, et nous-même, après avoir détruit complètement l'adhérence postérieure, nous examinons avec le doigt si quelque spirale d'intestin n'est pas restée dans l'élitroïde et nous le poussons dans le ventre.

Prenant ensuite une grande aiguille, munie d'un fil double tressé à dix brins, nous la passons par le milieu de l'extrémité du péritoine qui se trouve près de l'incision; puis, ayant coupé l'anse, nous ferons quatre chefs que nous entrelaçons de chaque côté en forme d'X, et serrant fortement le péritoine, au bout du fil nous serrons vigoureusement, de manière qu'aucun vaisseau nutritif ne puisse désormais fournir des aliments. Pour qu'ensuite il ne survienne pas

d'inflammation, nous passons une deuxième ligature plus en dehors, à moins de deux doigts de distance de la première.

Ces ligatures étant faites, nous laissons une partie du péritoine de la longueur d'un doigt et nous le coupons lui-même entièrement tout autour, en enlevant en même temps le testicule.

Après l'opération, Paul d'Egine pratiquait une contr'ouverture au scrotum.

Bien que nous ayons à déplorer la méthode de castration qu'inaugura Paul d'Egine et qui fit si longtemps de trop grands ravages aux mains des charlatans, nous ne devons pas moins reconnaître que Paul d'Egine a fait faire de grands progrès à la chirurgie herniaire par la double ligature du sac comme il l'a dit en prévision de la récurrence.

Avec Paul d'Egine finit la période romaine qui avait donné de si grands chirurgiens.

Au IX^e siècle, quand les Arabes firent la conquête d'Alexandrie, ils y trouvèrent la bibliothèque qui leur servit à s'instruire.

Aussi peu de temps après, il sortit de grands médecins parmi eux.

Celui qui nous intéresse pour notre étude est Abulcasis, qui vécut en 1200. Nous ne ferons ici que rapporter sa technique opératoire qui est à peu près semblable à celles que nous avons déjà rapportées.

Cet article intitulé « El-Oudrat-el-maya ». On

ordonne au malade de faire rentrer, s'il le peut avec la main, l'intestin dans la cavité abdominale ; on le fait coucher sur le dos, les cuisses élevées.

L'opérateur tire en haut la peau voisine de la région inguinale, s'il incise la peau du scrotum tout entière dans le sens longitudinal, il fixe des érignes pour en tenir les lèvres suffisamment écartées ; les dimensions de l'incision sont telles que le testicule puisse passer à travers.

Il dissèque les membranes sous-jacentes à la peau du scrotum jusqu'à ce qu'il mette à découvert la membrane blanche dure.

Il fait alors pénétrer l'index autour du testicule à savoir dans l'espace compris entre la membrane blanche sous-jacente à la peau du scrotum et la seconde membrane (la vaginale).

Il détruit les adhérences postérieures du testicule, en même temps il étend en haut la membrane blanche, il soulève le testicule et détruit les adhérences postérieures. Il prend alors une aiguille armée d'un fil solide composé de dix brins ; il la fait pénétrer par dessous au point le plus élevé de la membrane sous-jacente à la peau du scrotum, au voisinage de l'incision : il coupe l'anse de son fil de manière à avoir quatre bouts, il fait avec son fil deux ligatures qui se rencontrent circulairement et qui serrent fortement la membrane que nous avons dit sous-jacente à la peau du scrotum.

Il amène les chefs à la rencontre l'un de l'autre, les lie fortement, de telle sorte que les vaisseaux ne puissent plus apporter de sang, ce qui évitera l'inflammation. Il porte ensuite une seconde ligature en dehors de la première à une distance plus petite que deux doigts et finit son opération en enlevant le testicule.

Les chirurgiens du XIII^e et XIV^e siècle n'apportèrent rien de nouveau à la cure sanglante de la hernie inguinale. Ils étaient déjà partisans de la cure par le bandage.

En 1400, Gordan avait fait fabriquer un bandage avec un brayer en fer. Au XV^e siècle, Arculanus, pour ne pas avoir recours à la cure sanglante, avait inventé trois sortes de brayers.

Ici s'arrête la littérature médicale des Arabes. Bien que ces chirurgiens aient multiplié les procédés pour empêcher la récurrence, ils sont restés loin du résultat qu'ils poursuivaient.

Au seizième siècle, l'Ecole Française, avec Pierre Franco, Ambroise Paré et Fabris d'Aquapendente reprirent la question de la cure de la hernie inguinale et firent ressortir que cette opération devait être abandonnée.

Malheureusement, ces chirurgiens, tout en défendant de porter le couteau sur la hernie, opéraient de leur côté. Ils avaient multiplié les modes opératoires dans les différents cas. Pour la hernie volumi-

neuse, leur procédé consistait après l'incision de la peau d'énucléer le testicule, d'isoler le didyme, ils tiraient celui-ci fortement à eux, le saisissaient le plus haut possible entre les deux mors d'un clamp, modérément serré, le suturaient au-dessus du clamp au moyen d'une suture en 8 de chiffre, puis sectionnaient le didyme (qui de soi-même rentrait dans le ventre) puis ils remettaient le testicule en place.

Ambroise Paré employait un procédé qui consistait à cautériser la peau de la région herniée jusqu'au pubis.

Fabrice d'Aquapendente, un procédé désigné sous le nom de procédé « des vrayx chirurgiens » qui consistait en ceci :

Le malade étant debout et retenant son souffle, le chirurgien s'enquiert de la grandeur de la rompure laquelle il marque en rond avec de l'encre, vers l'endroit où la partie paraît enflée et tuméfiée. Puis, faisant attacher solidement le malade sur un banc, le chirurgien prend avec la main gauche la peau marquée à l'encre, la fait saillir, puis l'excise ainsi que les membranes jusqu'à la vaginale, qu'elle soit rompue ou dilatée laquelle il coudra après avec la peau et la susdite membrane.

Pendant ce temps Pierre Franco et Ambroise Paré, perfectionnaient le point doré de Méthis.

Pierre Franco maintenait le testicule à sa place, incisait le scrotum à sa partie supérieure et isolait le

didyme, puis il conseille de ne pas décharner trop lourdement le didyme de peur de rompre quelques vaisseaux spermatiques et de mettre autant que possible, les vaisseaux spermatiques à un côté du didyme. Après cette première partie de l'opération, Pierre Franco conseille de placer le didyme entre les mors de la tenaille.

On divise, dit-il, dans son esprit, la largeur du didyme en quatre parties égales et, armé d'une aiguille chargée de fil fort à trois ou quatre doubles en nature au-dessus des tenailles de la façon suivante : on passe l'aiguille entre la première et la deuxième partie, on la fait ressortir entre la troisième et la quatrième, puis on lie, de telle sorte que les deux parties médianes soient comprises dans la suture, et que, les éléments du cordon se trouvant sur un des côtés, la cavité du didyme est réduite des trois quarts « ayant fait ce, faut couper assez près du filet la plus grande partie du didyme à savoir celle qui est comprise entre les deux points d'aiguille que l'on a fait, qui est tout ce que le fil tient enclos ». On cautérise, soit avec le cautère actuel, soit avec de l'huile bouillante, la partie du didyme immédiatement placée au-dessous du fil. Pour faire cette cautérisation il faut dilater l'ouverture du didyme et par là introduire le cautère actuel.

Cautériser tout à l'entour, mais pas trop, de peur de détruire les vaisseaux spermatiques, par ce moyen

« n'y faut nulle couture et après l'escharre tombée se consolide la plaie ».

Dans le procédé de point doré, Franco s'exprime ainsi : On place les vaisseaux spermatiques sur l'un ou l'autre côté du didyme et l'onsaisit le didyme entre le coin de la tenaille à mors doux, que l'on serre modérément.

Par la pensée, on partage la largeur du didyme en quatre parties égales ; armé d'un fil d'or de ducas de la longueur de plus d'un doigt et du calibre d'une grosse épingle, le chirurgien passe le fil par la première partie et commencement de la seconde en repassant par la fin de la troisième et commencement de la quatrième, se donnant garde de piquer les vaisseaux spermatiques. Cela fait il faut passer de rechef par la fin de la première partie, et outre ce, il le faut passer quelques fois au-dessus du premier fil comme si des deux on voulait faire un anneau tors.

Puis il faut repasser par la fin de la troisième partie, comme il a été dit par le pertuis même et le passer par-dessus l'autre fil en le torsant tellement qu'on comprend avec le fil la moitié du didyme assavoir ce qui est au milieu. Quoiqu'il en soit, une fois le fil passé, on croche ensemble, comme font ceux qui font des chaînettes. On en lime et replie les bouts et l'opération est terminée.

Quant à Ambroise Paré, il avait imaginé trois procédés de points dorés pour empêcher la récidence.

Comme il l'avoue lui-même, il n'a pas été plus heureux que les autres chirurgiens.

Au XVIII^e siècle, l'idée d'abandonner la cure sanglante avait pris des proportions considérables. Le brayer en fer fut remplacé par une bande élastique.

A cette époque, quelques chirurgiens espagnols avaient perfectionné le point doré (ou suture royale).

Ce procédé consistait à repousser le testicule dans le canal vagino-péritonéal et de pratiquer au-dessous de lui le point doré, afin d'empêcher la réciproque.

Scultet s'est soulevé contre cette méthode en disant « qu'il avait connu des personnes qui ont subi cette opération et qui ont eu un mariage stérile et plein de querelles. »

Au XVIII^e siècle, le bandage élastique était tout à fait en honneur et la cure sanglante avait été presque complètement abandonnée.

Saviard et Thévenin, bien que partisans de la cure par le bandage, opéraient encore.

Ce dernier employait la méthode de Paul d'Egine, tandis que Saviard employait celle de Celse.

A cette époque, J.-L. Petit, Garangeot, Le Dran, Richter, Lawœne, Scarpa et l'Académie royale de chirurgie, prescrivirent la cure radicale de la hernie, en disant qu'il ne fallait pas toucher la hernie avec le bistouri. Alors parurent d'autres procédés.

Enfin, tout le XVIII^e siècle a été plutôt favorable à la contention.

Le XIX^e siècle ne paraît pas avoir résolu le problème de la cure sanglante pour empêcher la récurrence. Le premier chirurgien qui remit en honneur, en ce siècle, la cure sanglante de la hernie inguinale, avec l'intention d'empêcher la récurrence, est Gerdy.

C'est en 1835 que Gerdy inaugura l'invagination de la peau du scrotum dans le trajet herniaire. Pour cela, Gerdy invagina le scrotum avec le doigt dans le trajet herniaire, puis armé d'une aiguille pourvue d'un chas spécial, il plaçait trois points de suture en haut et en bas, traversant chacun en deux points différents la peau invaginée, le trajet inguinal et la peau superficielle, puis noue les fils sur un rouleau de bois. Cette méthode, qui n'a pas eu beaucoup de succès, fut abandonnée après la mort de Gerdy.

C'est alors que parurent des procédés multiples, la plupart très anciens, de cures des hernies.

Ces procédés tendaient tous à déterminer un travail inflammatoire adhésif ou cicatriciel dans le trajet de la hernie.

1^o C'était le procédé par injection dans le sac hernier ;

2^o L'acupuncture ;

3^o L'introduction d'un corps étranger dans le collet du sac ;

4^o Le séton ;

5° La scarification ;

6° Les injections péri-herniaires ;

A côté de ces procédés nous trouvons les noms de Velpeau, de Bonnet, de Belmas, de Mösner, de J. Guérin et de Luton.

Schreger a successivement employé pour provoquer une inflammation adhésive, des injections de vin rouge et de simples injections d'air, Walter employait du sang humain, Pancaast la teinture de cantharide, Velpeau la teinture d'iode.

Velpeau était parvenu à cette méthode pour avoir traité par une injection de teinture d'iode une hydrocèle concomitante à une hernie.

L'hydrocèle ainsi que la hernie furent guéries.

Voici ce que conseille Velpeau. Le scrotum étant incisé dans l'étendue d'un pouce, le sac est découvert et ponctionné avec la pointe d'un bistouri.

Par cette petite boutonnière on fait pénétrer un petit stylet boutonné qui sert à conduire le canal du trocart jusqu'à l'intérieur du sac.

Fixant ensuite l'ouverture du sac sur le canal, avec des pinces, on charge un aide d'injecter un mélange de « six gros de teinture d'iode et de trois onces d'eau » pendant qu'une autre personne comprime le canal inguinal pour empêcher le liquide injecté de pénétrer dans l'abdomen. L'injection est laissée quelques minutes en rapport avec la paroi du sac, puis on

la laisse s'échapper ; et quelques points de suture viennent fermer la plaie.

Maisonneuve a modifié le procédé de Velpeau. Maisonneuve propose de saisir entre le pouce et l'index gauche la partie moyenne du scrotum dans laquelle se trouve le sac hernier vide, de transpercer ainsi le tout avec un trocart enfoncé jusqu'au niveau du manche et de retirer immédiatement le mandrin. Après cette première partie de l'opération, on étale sur toute la longueur de la canule, la peau du scrotum, par des tractions douces.

Le trou d'entrée et de sortie s'éloigne ainsi de plus en plus, et la canule parcourt le sac dans son plus grand diamètre. Enfin, pendant que le pouce et l'index retiennent les parties molles du côté du trou de sortie, on retire doucement la canule jusqu'à ce que son extrémité rentre dans la peau des bourses et arrive dans l'intérieur du sac.

Ricord s'est servi de ce même procédé ; mais il avait fait construire un instrument spécial pour faire ses injections. Cette méthode d'injections dans le sac hernier a causé beaucoup d'accidents.

Belmas employait un procédé qui consistait à introduire un sac en baudruche dans le collet du sac à l'aide d'un stylet.

Plus tard il a remplacé par des filaments de gélatine desséchée recouverts de petites lanières de baudruche.

Le procédé de Mösner consistait à provoquer dans le canal herniaire une inflammation suppurative en y plaçant un seton qui devait rester en place de 15 à 20 jours.

Velpeau et Guérin ont préconisé la scarification du canal inguinal, méthode très ancienne qu'employait Freytag ; il en est de même des procédés de corps étrangers introduits dans le collet du sac, car déjà en 1813, Degrafe introduisait dans l'intérieur du canal inguinal, des bourrelets de charpie enduits d'un onguent irritant qu'il laissait en place jusqu'à ce que la suppuration fût établie.

En 1848, Bernutz rapporte la guérison de hernies, par le développement d'un lipome et Broca admet que le lipome herniaire est un mode de guérison ; ce fut aussi l'idée d'Ambroise Paré qui pensait que le lipome refoulait la hernie tandis que Bernutz croit que la graisse vient simplement occuper la place laissée vide par le retrait du sac. Quelque temps plus tard, Malgaigne et Le Dentu signalèrent un autre mode de guérison par suite du développement de l'utérus en gestation ou d'une tumeur abdominale quelconque. « Il peut arriver que la portion du péritoine repoussée au dehors sous forme de sac reprenne sa situation primitive si la hernie est récente et qu'il n'y ait pas de stigmates ; le collet se déplisse et la séreuse s'étale sans difficulté, s'il y a stigmate, le

déplacement peut encore se faire mais à condition qu'il ne soit pas trop résistant.

Plus tard M. Lannelongue a substitué aux injections péri-herniaires, la méthode sclérogène. Cette méthode consistait à faire sous le chloroforme, une injection d'une dizaine de gouttes d'une solution de chlorure de zinc à 10 p 0/0 dans la partie la plus profonde du canal inguinal.

Toutes ces méthodes opératoires ont été délaissées à cause de l'insuccès dont elles ont toujours été suivies.

Vers 1884, un grand chirurgien français reprit la question de la cure radicale de la hernie et remit sur pied la cure sanglante par une méthode qu'il avait imaginée. Ce chirurgien est M. Lucas-Championnière, c'est à lui que revient l'honneur d'avoir fait faire un grand pas à la chirurgie herniaire.

Depuis M. Lucas-Championnière a écrit deux ouvrages sur la question ; c'est de ces ouvrages que nous extrayons les modes opératoires dont il s'est servi et dont il se sert maintenant.

Procédé opératoire de M. Lucas Championnière

Monsieur L. Championnière incise la peau au niveau du canal inguinal jusque sur le sac.

Après l'ouverture de celui-ci, il réduit l'intestin

et resèque l'épiploon s'il y a lieu, il isole le sac séreux des parties environnantes, poursuit l'isolement du sac jusqu'au péritoine, le pédiculise aussi haut que possible par une ou plusieurs ligatures au catgut disposé en chaîne, à ce moment il laisse le pédicule se retirer dans le tissu rétro-péritonéal et rapproche ensuite les parties molles quelconques au point où était autrefois le collet du sac, par plusieurs points au catgut qui rapprochent en même temps les piliers inguinaux interne et externe.

Procédés opératoires de M. Championnière

Dans son Traité de hernie de 1887, nous extrayons les procédés suivants de la cure radicale de la hernie.

Dans les cas d'adhérences de l'intestin avec l'épiploon, M. Championnière dit : « Le sac séreux n'est pas adhérent seulement aux parties sous-jacentes, il peut être adhérent aux viscères contenus.

S'il ne s'agit que de l'épiploon, comme celui-ci est appelé à être reséqué, la difficulté n'est pas grande. On resèque la partie de l'épiploon adhérente. Mais il y a des cas où la partie du sac est fusionnée en quelque sorte avec la paroi de l'intestin.

Mais cela ayant été évité il peut rester impossible de détacher suffisamment le sac de l'intestin pour isoler celui-ci, le réduire et atteindre les parties à disséquer.

Que faire en pareil cas c'est ce que je nomme une opération imparfaite, disséquer tout ce qui est possible de sereuse après avoir fendu le sac dans tous les points accessibles, puis réduire l'intestin et terminer l'opération... comme si la dissection avait été complète. M. Championnière ajoute : « En pareil cas la récurrence menace, l'intestin est retenu au voisinage de l'anneau et une portion du plan séreux persiste. »

Et plus loin, dans le même ouvrage : « En effet, le sac enlevé nous restons en présence d'une surface cruenté considérable. Les parois saignantes entre lesquelles s'insinuait le sac vont se rapprocher, se fusionner. Il va se former là une cicatrice résistante. Au dessus et au-dessous la paroi abdominale conserve ses qualités.

Au centre la cicatrice va opposer sa résistance propre à l'effet des viscères.

Pour que la résistance de cette cicatrice soit à son maximum, il faut que cette cicatrice remonte le plus possible, qu'elle soit longue et large.

Pour qu'elle soit large, l'opération doit être faite à travers une ouverture importante.

C'est un procédé en opposition formelle avec un grand nombre d'opérateurs qui veulent le plus de parcimonie possible, une petite incision du collet, une piqûre du sac.

Ce sont là des procédés désastreux. Il faut obtenir une ample modification des tissus si l'on veut un

Désir

résultat. On comptera pour cela sur l'union, sur la fusion des surfaces saignantes et surtout du tissu cellulaire qui réunit toutes les parties.

Dans ces fusions, les piliers jouent-ils un rôle, y a-t-il un intérêt quelconque à les suturer ?

Non, ceux-ci ne sont pas eux-mêmes capables de fournir la réparation. Leur substance ne permet pas leur accollement. S'ils sont rapprochés, c'est par le tissu cellulaire qui se trouve entre eux. La rétraction de la cicatrice qui pénètre dans leur intervalle peut produire un bon résultat, mais il ne participe à la réparation que passivement.

Pour que la cicatrice se fasse bien entre les larges surfaces touchées par le traumatisme, il faut qu'aussitôt après l'opération ces surfaces soient bien exactement rapprochées. Or ce rapprochement peut se faire par deux artifices qui s'entr'aident : la suture et la compression.

De là l'indication de la suture perdue et de la compression soigneuse par le pansement. La suture des piliers a pu indirectement rendre des services mais elle est minutieuse et inutile, ce sont les parties molles où le collet avait existé qu'il y a lieu de rapprocher par un ou plusieurs points de suture perdue. Ceci, je l'ai toujours pratiqué avec la suture à l'aide de gros catgut.... Après qu'on a pratiqué cette suture profonde puis la suture superficielle des lèvres de la plaie, ces rapprochements ne seraient pas suffisants

s'ils n'étaient pas soutenus par une compression énergique, etc.

Il faut, pour qu'une cicatrice soit solide et puissante, qu'elle se fasse vivement, sans suppuration, les tissus à unir étant dans le contact le plus immédiat possible.

Dans son nouvel ouvrage, Monsieur Championnière attache beaucoup plus d'importance aux sutures. Il ouvre largement le canal inguinal à peu près dans toute son étendue, et pour bien reconstituer la paroi antérieure de ce canal, il dispose les fils de façon à faire glisser l'une sur l'autre les deux lèvres de la fente inguinale

Un ou plusieurs fils doublés en V piqués dans une lèvre, vont repiquer l'autre lèvre par dessous pour être attachés ensuite au devant de cette paroi et on ajoute ensuite quelques points passés sur les bords des lèvres de l'incision de façon à ce que les deux lèvres de la paroi abdominale constituent un vrai mur. Les fils, croisés en tout sens, assurent la permanence de cette disposition.

M. Lucas Championnière ne fait jamais la suture délicate isolée des piliers que préconisait J. Reverdin, il a toujours recommandé de larges sutures avec de gros fils affrontant la plus grande partie des surfaces cruentées. Il ne comprend pas non plus dans ses sutures, ni l'aponévrose du transverse, ni le fascia transversalis, et n'a pas plus cherché à oblitérer l'ori-

fice inguinal supérieur ; il termine l'opération par la suture superficielle et le drainage au-dessus de l'aponévrose.

Procédé de Becker

Le procédé de Becker diffère de celui de Monsieur L. Championnière en ce que Becker, après avoir lié le pédicule du sac, passe successivement les deux chefs de la ligature dans le chas d'une aiguille à manche fixe, puis les porte dans le tissu cellulaire sous-péritonéal, l'un en dedans l'autre en dehors de l'anneau inguinal profond, le plus haut possible ; il les fait ensuite traverser la paroi abdominale d'arrière et les lie au-dessus de l'aponévrose du grand oblique ; il fixe ainsi le pédicule au-dessus de l'anneau supérieur et rétrécit cet anneau par un point de suture profond.

Il finit l'opération par 4 à 7 points de suture entre les parois opposées du canal inguinal et les serre modérément pour amener ces points en contact.

Procédé de Ball

Ce procédé consiste à tordre le sac quand on l'a suffisamment dégagé, et à y apporter une très forte ligature sur son collet ; ensuite à passer deux fils de soie au travers de la peau du pilier inguinal du collet

du sac tordu (au-dessous de la ligature), du pilier inguinal interne et de la peau.

Suivant Ball, la tension du péritoine ainsi obtenue par la torsion du sac serait suffisante pour qu'elle put faire disparaître le sac d'une hernie inguinale du côté opposé.

Procédé de Macewen

Pelotonnement du sac ; restauration de la disposition oblique du trajet inguinal.

Par ce procédé, Macewen, après avoir isolé le sac, le replie plusieurs fois sur lui-même, puis le traverse de son fond vers le collet, par un fil fixé par l'une de ses extrémités au fond du sac ; ce fil traversant alternativement les faces opposées du sac, en maintenant le plissement lorsqu'on tire par son extrémité libre ; celle-ci est passée d'arrière en avant au travers de la paroi abdominale, à un pouce environ au-dessus de l'anneau inguinal profond ; en attirant, on réduit le sac plissé et on le fixe au-dessus de l'anneau inguinal profond en arrêtant le fil par un nœud au-dessus du grand oblique.

Macewen s'est proposé aussi de rendre au canal inguinal son obliquité normale ; pour cela, une anse de fort catgut est passée au travers du tendon conjoint, en dedans de l'anneau interne, de telle sorte que le plein de cette anse se trouve dans le tissu cel-

lulaire sous-péritonéal, les ligatures sont ramenées en avant du cordon, passées au travers de l'aponévrosé du grand oblique, près de son insertion à l'arcade crurale, puis enfin serrées et fixées ensemble par un nœud en avant de l'aponévrose du grand oblique.

Plusieurs points de suture superposés sont passés de la sorte ; ils rapprochent la paroi interne et postérieure du canal de sa paroi externe et superficielle, et les maintient en contact.

Procédé de Bassini

Reconstitution de la paroi postérieure et de la paroi antérieure du canal inguinal dans toute son étendue.

Par ce procédé, Bassini incise la peau et l'aponévrose du grand oblique dans toute l'étendue du trajet inguinal, il sépare le sac du cordon spermatique, poursuit cet isolement le plus haut possible vers la fosse iliaque, coupe et resèque le sac au-dessous d'une ligature double et entrecroisée.

Ensuite faisant soulever et attirer en dehors du trajet inguinal le cordon, il unit par une suture en surjet le tendon conjoint et mène en bas le bord du muscle droit à la lèvre postérieure de l'arcade de Fallope.

Cette suture commence immédiatement à l'an-

neau inguinal profond, rétréci ; elle se continue jusqu'au pubis, elle restaure ainsi la paroi profonde du trajet inguinal.

Le procédé de Bassini a été modifié par plusieurs chirurgiens,

Procédé de Cuccioppoli

Ce chirurgien cherche lui aussi la destruction, la fermeture hermétique du canal inguinal. Pour l'obtenir, il déploie le cordon spermatique et le transporte assez loin de la région inguinale. Son procédé consiste en ceci.

Après avoir extirpé le sac herniaire suivant la méthode de Bassini, le chirurgien déplace l'angle inférieur de l'incision cutanée inguino-scrotale jusqu'à ce qu'il arrive sur la ligne médiane, immédiatement au-dessus du pubis. Cette manœuvre réussit d'habitude facilement ; dans le cas contraire on peut la remplacer par une incision cutanée médiane.

Ensuite, au moyen d'une petite incision transversale faite au ras de la symphyse pubienne, on découvre l'interstice qui sépare les muscles droits de l'abdomen et on pratique, sur la ligne blanche, une incision verticale d'une longueur suffisante pour donner passage au testicule.

Ceci fait, on écarte les muscles droits, on sectionne le fascia transversalis et on arrive ainsi sur le

tissu cellulaire prévésical. L'opérateur glisse alors un index sur la face postérieure du muscle droit correspondant au côté opéré, en restant toujours en dehors du péritoine, jusqu'au canal inguinal ouvert, saisit le testicule et lui fait suivre en sens inverse la voie que le doigt vient de parcourir, c'est-à-dire la face postérieure du muscle droit, puis le passe à travers l'incision de la ligne blanche et le fait glisser sous la peau jusque dans le scrotum.

Le cordon spermatique se trouve ainsi placé dans le tissu conjonctif péritonéal en arrière des couches qui seront suturées. Si au cours de l'opération on éprouve des difficultés à tenir écartés les muscles droits de l'abdomen, au moyen de crochets mousses on peut pratiquer de petites incisions transversales au niveau des insertions pubiennes de ces muscles.

Pour fermer l'incision médiane des parois abdominales, on suture la plaie de la ligne blanche et les muscles droits, en laissant, au niveau de l'angle inférieur de l'incision, au-dessus du pubis, un petit orifice pour le passage du cordon spermatique. Les tissus musculaires aponévrotiques de la région inguino-abdominale sont suturés couche par couche ; enfin la plaie cutanée est fermée au moyen d'une double suture rompue et continue ». Ce procédé étant trop compliqué exposerait peut-être le malade à de grandes chances d'infection, du reste, il n'a pas beaucoup de partisans, et en France il n'a jamais été employé.

Procédé de Postempski

Les premiers temps de l'opération sont semblables à ceux de Bassini, puis l'auteur isole le cordon ; suture plan par plan le fascia transversalis, les muscles transverse et petit oblique et le tendon du grand oblique au ligament de Fallope, et fait passer le cordon (depuis l'extrémité supérieure de l'incision) sur le tendon du grand oblique.

Enfin nous passons sous silence les nombreux procédés, qui en somme tous sont des dérivés du procédé de Bassini.

Procédé de MM. Duplay-Cazin

Par ce procédé, quand le sac est ouvert et qu'on a réduit l'intestin, on noue la partie sous-jacente du sac plusieurs fois et le plus haut possible et le plus souvent. MM. Duplay-Cazin, divisent la partie du sac située au-dessous du nœud, pour le nouer encore deux ou trois fois.

MM. Duplay-Cazin emploient aussi le procédé de Bassini, mais pour la reconstitution du plan profond du canal inguinal, ils se servent de fils d'argent.

Procédé de Jameson

Nous ne faisons que signaler ici le procédé de Jameson. C'est un procédé autoplastique que M. L. Championnière a employé deux fois avec de bons résultats. Rizzoli, Langenbeck ont recommandé un procédé pareil.

Procédé opératoire de Bassini tel qu'il est exécuté par M. Berger

Nous ferons remarquer, avant de donner la description du procédé de Bassini tel que l'exécute M. Berger, que M. Berger a été l'un des premiers, en France, qui aient appliqué ce procédé.

Au Congrès tenu à Paris du 18 au 23 octobre 1897, M. F. Villar s'exprimait ainsi : « A l'époque actuelle, ce qui caractérise les nouveaux procédés de cures radicales des hernies inguinales, c'est le soin que l'on prend de refaire le canal inguinal d'une façon rationnelle à l'imitation de M. Bassini (de Padoue) et de M. Berger, etc.

Nous ferons aussi remarquer, avant d'aborder la question de technique opératoire, que quand un malade, porteur d'une hernie, se présente dans le service de M. Berger, il est soumis à un examen des plus minutieux.

Les appareils cardiaques pulmonaires et rénaux sont d'abord examinés, puis on fait l'examen organique et diathésique. On s'enquiert ensuite de l'âge du malade, s'il a moins de cinq ans ou s'il a dépassé la soixantaine, puis on passe à l'examen du canal inguinal.

Les hernies opérables sont :

1° Toutes celles qui s'accroissent sous l'appareil contentif ;

2° Qui s'échappent sous la pelote.

3° Qui donnent lieu à des accidents, même passagers, d'irréductibilité, d'inflammation et surtout d'étranglement.

4° Enfin dans le cas d'indolence du sujet pour le bandage.

Passons maintenant aux procédés opératoires.

1^{er} temps.— Après une asepsie rigoureuse du malade, du lieu, du chirurgien, des aides, l'opération commence par une incision se rapprochant de la verticale au pli de l'aîne, de six à huit centimètres.

Les artères et veines cutanées abdominales sont pincées.

Chez les sujets qui ont déjà été opérés dans cet endroit il dissèque les points avec beaucoup de prudence à cause de la confusion des diverses couches de tissus avec le tissu cicatriciel antérieur.

2^e Temps. — Recherche des piliers.

Incision de la paroi antérieure du canal inguinal.

Dans ce deuxième temps il faut chercher avec une sonde cannelée les piliers qui bordent la hernie. C'est un point de repère précieux et indispensable. Une fois l'orifice inguinal inférieur (antérieur) bien dégagé on introduit une sonde cannelée qu'on glisse sous la face profonde du tendon du grand oblique en la dirigeant dans le sens de la hernie, ou plutôt dans celui du trajet inguinal.

La cannelure de la sonde doit être tournée en haut pour inciser plus facilement le tendon sur cette cannelure.

Pour ne pas perdre les deux lèvres de l'incision qui se rétractent et s'échappent facilement en les incisant dans toute l'étendue, le Professeur Berger sectionne le tendon, à la partie moyenne de la sonde, sur une longueur de trois à quatre centimètres. Il lui est alors très facile de saisir les deux lèvres avec deux pinces et de fendre ce qui reste sur la sonde. Il isole le bord inférieur des muscles petit oblique et transverse et arrive ainsi facilement à récliner en haut le bord des muscles en question.

Ce deuxième temps n'est pas toujours très facile, quand surtout l'aponévrose de recouvrement du grand oblique cache les piliers et adhère à l'orifice du canal

inguinal inférieur. Ici les ciseaux ou le bistouri deviennent nécessaires.

3^e Temps. — Dissection et ouverture du sac

Une fois le sac herniaire mis à découvert par la dissection du premier temps, on l'isole du cordon et des éléments du cordon, ce sac est lui-même disséqué puis ouvert avec prudence. Il ne doit pas être ouvert d'un seul coup, de crainte de tomber sur une anse intestinale adhérente à sa paroi. Cette dissection se fait couche par couche, avec prudence. Elle consiste à pincer, parallèlement à la hernie, une petite portion de sa surface, à l'inciser pli par pli. De cette façon on écarte tout danger.

L'ouverture de ce sac s'annonce le plus souvent par un écoulement d'une petite quantité de sérosité, et au fond de l'ouverture on aperçoit l'intestin et l'épiploon s'il y en a.

Une fois le sac ouvert et l'intestin protégé, on peut prolonger son incision en haut comme en bas suivant la distance à laquelle on se trouve du collet, de manière à pouvoir examiner et traiter le contenu.

Le sac n'est pas toujours facile à trouver, d'abord il peut être très petit ou présenter une forme anormale ou encore il peut être enfoui dans une masse graisseuse. On doit le chercher à la partie supérieure du canal, près de l'orifice supérieur.

Sa recherche peut demander une incision très large de la paroi antérieure.

4^e temps. — Traitement de l'épiploon et du contenu du sac

Quand l'intestin n'a pas contracté d'adhérences, il suffit de le réduire.

Quant au traitement de l'épiploon qui est l'agent principal de toute hernie inguinale, il est utile de réséquer la partie herniaire au-dessus de l'orifice supérieur du canal. Cette opération très facile consiste à attirer l'épiploon au dehors, à faire une simple ligature à la partie herniaire si elle est petite. Si au contraire elle est considérable on la traverse de part en part à sa base avec une aiguille mousse armée d'un long fil de soie très fort, puis, le pédicule étant embroché, on coupe le fil sur le chas et on retire l'aiguille.

Le fil se trouve donc divisé en deux chefs entrecroisés au milieu du pédicule, de telle sorte que le chef de droite rejoint la moitié droite du pédicule et le chef de gauche la moitié gauche; puis on procède aux ligatures qu'on sert fortement de façon à comprimer les vaisseaux situés dans l'épiploon.

Cette ligature est d'une très haute importance car l'épiploon doit être refoulé dans l'abdomen. Dans le cas où l'épiploon serait trop volumineux pour être pédiculisé par une ligature, il sera divisé en plusieurs

parties et l'on procédera à la ligature de chaque segment particulier. Une fois la ligature faite, on resèque la masse herniée de l'épiploon au-dessous d'elle, puis on touche l'épiploon à l'eau phéniquée à 5 o/o et on le laisse réduire de lui-même dans l'abdomen.

La difficulté du 4^e temps réside dans les adhérences fréquentes de l'intestin et de l'épiploon. Les plus fortes adhérences existent le plus souvent au niveau du collet. Pour les détruire il suffit de porter la sonde cannelée entre le sac et l'intestin et faire l'incision aux ciseaux tout en se tenant éloigné de l'intestin. Pour n'être pas gêné par des hémorragies qui peuvent survenir pendant cette petite opération par la section de quelques vaisseaux, il suffit de les couper entre les mors de deux pinces et de jeter une ligature sur leurs deux extrémités.

Il arrive encore que le collet est trop serré et que l'intestin ne se réduit pas; dans ce cas, on prolonge l'incision du sac jusqu'au collet et on sectionne ce dernier.

Les adhérences de l'épiploon avec le sac sont beaucoup plus fréquentes que celles de l'intestin; elles sont partielles ou totales.. Sa dissection offre parfois de sérieuses difficultés à cause de ses adhérences avec le voisinage de l'orifice supérieur du canal. Dans ce cas, on peut faire des tractions plus fortes sur l'épiploon et sectionner la partie destinée à être reséquée.

Il est urgent, dans les cas difficiles, de ne pas oublier qu'il faut serrer fortement l'épiploon avec un fil de soie très solide afin d'assurer l'hémostase, il est aussi prudent d'attendre quelques minutes avant de faire la réduction.

Quand on a fait la réduction de l'épiploon, un aide doit la maintenir au moyen d'une éponge montée sur une pince.

5^e Temps. — (*Traitement du sac.*)

Le cinquième temps de l'opération offre de sérieuses difficultés, d'abord à cause des adhérences du sac avec les organes voisins et avec le pourtour de l'anneau inguinal. Cette dissection doit se faire de préférence avec les doigts ou avec une pince à disséquer et une sonde cannelée.

Cette opération consiste à introduire l'index de la main gauche dans le sac, ce qui permet de soulever ses bords, tandis que le pouce et les autres doigts de la même main saisissent la lèvre droite par où l'on doit commencer la dissection. A l'aide de la main droite on isole le sac séreux, soit avec la main, soit avec une sonde cannelée. Cette petite opération doit être faite avec prudence pour ne pas abimer le cordon.

Quand cette première partie de l'opération est faite on opère de la même façon pour le côté gauche.

Cette dissection doit être faite avec beaucoup de

patience en montant le plus haut possible vers le tissu cellulaire pré-vésical pour descendre ensuite sur le feuillet séreux qui est très mince.

Quand on a atteint le niveau du cordon, il faut doubler de prudence pour ne déchirer, ni le canal déférent, ni un vaisseau.

Il s'agit maintenant de s'assurer après la dissection qu'il n'est pas resté quelques tractus ou quelques veines oubliées dans le sac.

Pour contrôler il suffit de tâter le sac attentivement et de chercher la transparence du feuillet péritonéal.

Quand on a fini d'isoler le sac fibreux on le saisit avec une longue pince pour faire une sorte d'occlusion et ensuite on le sectionne à un centimètre au-dessus.

La partie inférieure du sac que nous avons négligée pendant l'opération, est rapidement détachée, il faut tout de même porter une sérieuse attention pour empêcher qu'il soit lésé.

Avec toutes ces précautions la dissection n'est jamais poussée assez haut, il est utile de tirer un peu sur la pince afin de ramener en dehors le péritoine pariétal voisin de l'orifice supérieur. Pour cela tandis que la main gauche fait des tractions lentes, l'index de la main droite est introduit sur le sac séreux pour le décoller des parties périphériques et surtout du cordon ; pendant ce temps la main gauche porte le péritoine en haut ou en bas selon les besoins.

Le sac ainsi isolé, on enlève la pince qui a servi à l'occlusion, puis on introduit l'index de la main gauche dans l'intérieur du pédicule tandis qu'avec les autres doigts de la même main on maintient les pinces.

Une fois cette partie délicate de l'opération terminée, on traverse avec une aiguille mousse, armée d'un long fil de soie très fort, la base du pédicule au-dessous du collet. L'index de la main gauche qui se trouve encore dans le pédicule sert à guider et à signaler la présence de l'intestin que l'on pourrait rencontrer à ce moment.

Il nous reste à signaler dans ce temps un accident qui peut avoir de graves conséquences, c'est la blessure du canal déférent qui peut entraîner l'atrophie du testicule. Il a le plus souvent pour cause des tractions brusques sur le sac pendant la dissection et encore cet accident peut survenir pendant la section du pédicule. Le professeur Berger conseille dans ce cas la suture de ses deux bouts. Il peut encore arriver que le canal déférent soit compris dans la ligature du pédicule et il faut alors, pour empêcher cet accident que nous venons de signaler, couper immédiatement le fil de la ligature.

*Sixième temps. — Reconstitution de la paroi postérieure
du canal inguinal*

Pour procéder à la reconstitution de cette paroi

on commence d'abord par isoler le cordon dans toute sa portion et par l'écarter en dehors pour ne pas le blesser. On détache ensuite la pince qui tenait la paroi antérieure déjà incisée et on fait passer le cordon en dehors du lambeau. Une fois la paroi postérieure mise à nu on explore la partie avec l'index gauche afin de se rendre compte des vaisseaux iliaques externes du côté de l'arcade et des vaisseaux épigastriques du côté du grand droit ; l'index gauche, sans quitter la plaie, va à la recherche de l'arcade de Fallope qu'il accroche. Cette lèvre qui répond à la bandelette iléo-pubienne est parfois fort réduite, au point que la lèvre postérieure n'est point sensible. Il faut dans ce cas accrocher avec le même doigt une duplicature de la lèvre antérieure ; alors la main droite s'arme d'une aiguille mousse de Reverdin et embroche les fibres soulevées par l'index gauche. L'extrémité de l'index gauche ne doit pas quitter la pointe moussée de l'aiguille pour ne pas blesser l'artère et la veine iliaque externe qui sont à sa proximité. Après avoir chargé cette portion de l'arcade de Fallope, l'opérateur s'arme d'une pince à disséquer et va à la recherche du bord du grand droit, saisit le tendon conjoint et tous les tissus qui étaient refoulés par la hernie et les attire au dehors, les embroche d'arrière en avant, passe un fil de soie fin mais très solide dans le chas de l'aiguille, retire son aiguille et noue les deux chefs du fil. Ce premier point de suture devant subir de forts tirail-

lements doit intéresser une forte partie de l'arcade de Fallope. Les autres points de suture se font comme le premier.

Le professeur Berger se sert du même fil pour tous ses points de suture, qu'il espace de cinq à sept millimètres. Les points de suture varient selon la longueur du canal, le minimum est de cinq.

C'est de la reconstitution de ce plan que dépend en grande partie le succès de l'opération ; aussi, on n'aura jamais mis trop de soin à cette reconstitution. C'est ce plan qui supporte les poussées abdominales si (comme nous le ferons ressortir, dans la discussion qui suivra), il n'est pas suffisamment solide, il se laissera refouler et la récurrence ne tardera pas à se produire.

*Septième temps. — Reconstitution de la paroi
antérieure du canal ; suture de la peau*

Dans ce septième temps la partie qui nous intéresse le plus est la reconstitution de l'anneau inguinal inférieur. Avant de donner notre réflexion là-dessus, nous continuons le mode opératoire du professeur Berger.

Pour reconstituer la paroi antérieure il suffit d'unir les deux lèvres de la plaie avec du catgut ou de la soie, toujours en se servant de l'aiguille de Reverdin.

Pour cela on doit passer l'aiguille assez loin du bord incisé afin de rétrécir la paroi, on s'assurera de l'hémostase avant de fermer la plaie, ensuite elle sera touchée avec une solution phéniquée à 5 o/o.

Le professeur Berger, pour faciliter la suture cutanée, prend avec une pince chacune des extrémités de l'incision et après les avoir attirées il les confie à un aide, puis commence la suture avec du crin de Florence. Quant à la question de drainage, M. Berger n'en est pas grand partisan.

Anneau inguinal inférieur. — L'anneau inguinal inférieur doit être suffisamment rétréci pour ne laisser passer que le cordon, car, s'il en était autrement, d'autres éléments pourraient le pénétrer et rouvrir un passage à une nouvelle hernie.

Pansement

Le pansement de la hernie inguinale est un pansement compressif et antiseptique. Ce pansement est enlevé au huitième jour de la cure. Le professeur Berger conseille à ses opérés le repos absolu au lit pendant trois semaines au moins, temps indispensable pour la guérison complète de la hernie; il ne commande pas le port du bandage à ses malades.

Notre intention n'est pas de rapporter dans notre étude tous les procédés opératoires et autres qui ont été employés dans la cure de la hernie inguinale. Nous voulons simplement signaler les procédés qui

ont eu le plus de vogue et le résultat qu'ils ont donné.

Les premiers chirurgiens, Celse, Héliodore, Hori-base et Paul d'Égine, créateurs de la chirurgie herniaire, ont vraiment fait école, car nous avons rencontré leur méthode opératoire aux mains des chirurgiens qui les ont suivis à travers les siècles.

Le résultat ne pouvait être meilleur qu'il ne le fut, puisque les causes de l'insuccès restaient ignorées. La chirurgie herniaire n'a réellement commencé à progresser qu'avec MM. L. Championnière et Bassini, aidés qu'ils furent de la belle découverte de Pasteur ; et nous pouvons même dire que Pasteur a plus fait pour la chirurgie que les chirurgiens eux-mêmes.

Bien que les divers procédés que nous avons passé en revue avant la découverte de Pasteur aient été defectueux ; auraient-ils réalisé la perfection au point de vue opératoire, qu'ils ne seraient pas plus parvenus à réaliser contre la récurrence l'idée que poursuivait les chirurgiens, car, nous savons maintenant que toute cure sanglante de hernie inguinale suivie de suppuration a pour résultat presque inévitable la récurrence.

Nous dirons donc, pour clore ce chapitre, que, bien que le procédé de Bassini soit la méthode de choix dans la cure de la hernie inguinale, il n'en serait pas moins une calamité aux mains des chirurgiens sans la découverte de l'illustre Pasteur.

Chapitre II

Nous rapportons ici la description du canal inguinal afin de rendre notre étude plus claire, et ensuite pour montrer les éléments qui entrent dans la constitution de ce canal.

C'est par ce canal ou par un de ses orifices que s'acheminent dans les bourses les organes qui doivent constituer la hernie. Nous étudierons ensuite les divers plans ou couches de la paroi abdominale qui entrent dans la constitution de la hernie inguinale.

Canal inguinal

1° Nous savons que le canal inguinal ou trajet inguinal est un conduit creusé obliquement dans l'épaisseur de la paroi abdominale.

2° Ce conduit est situé au-dessus de la partie interne de l'arcade crurale dont il suit exactement la direction. Ce conduit est oblique de haut en bas, de dehors en dedans et d'arrière en avant.

3° Sa longueur varie, chez l'homme adulte de 4 à 5 centimètres pour M. Testut ; de 28 à 30 millimètres pour MM Sappey, pris de la partie interne de l'orifice supérieur à la partie externe de l'orifice inférieur et de 35 à 40 millimètres du centre de l'orifice supérieur au centre de l'orifice inférieur ; pour Cruveilhier, sa longueur varie de 4 à 6 centimètres. D'après le professeur Tillaux ce canal est beaucoup plus large mais moins long chez l'homme que chez la femme. Ce canal est irrégulièrement quadrangulaire et présente quatre parois et deux orifices.

Ses parois se distinguent en antérieure, postérieure, inférieure et supérieure :

1° La paroi antérieure est constituée par l'aponévrose d'insertion du grand oblique qui vient s'insérer au bord supérieur de l'arcade crurale.

La paroi postérieure est formée par le fascia transversalis qui vient se fixer également au bord postérieur de l'arcade crurale. La paroi inférieure est constituée par la face supérieure de l'arcade crurale elle-même qui, pour recevoir, le cordon se creuse en gouttière. — La paroi supérieure enfin, est formée par les bords inférieurs du petit oblique et du transverse, cette dernière paroi toutefois est assez mal délimitée, on voit en effet, sur la plupart des sujets, les fibres inférieures des deux muscles précités s'éparpiller non seulement sur la face supérieure du cordon,

mais encore sur ses faces latérales et jusque sur sa face inférieure.

Une couche épaisse de tissu cellulo-grasieux, continuation du tissu cellulaire sous-péritonéal, s'interpose entre le cordon et les différentes parois que nous venons de décrire.

b) Orifices. — Des deux orifices ou anneaux du canal inguinal, l'un est superficiel et répond à la peau, c'est l'orifice cutané ou externe ; l'autre est profond et répond au péritoine, c'est l'orifice péritonéal ou interne. Remarquons avant d'aller plus loin, que les expressions d'interne et externe, appliquées aux deux anneaux inguinaux sont inexactes, l'orifice cutané que l'on désigne sous le nom d'orifice externe étant beaucoup plus rapproché de la ligne médiane que l'orifice péritonéal ou orifice interne.

Nous conservons néanmoins ces dénominations consacrées par l'usage.

L'anneau inguinal externe, situé sur le pubis, entre l'épine et l'angle, a déjà été décrit, avec les insertions du muscle grand oblique. Il est formé comme nous l'avons vu par trois faisceaux de fibres ou piliers auxquels vient s'adjoindre le système des fibres arciformes. Il est ovalaire et mesure de deux à trois centimètres dans son plus grand diamètre.

L'anneau inguinal interne correspond à la partie moyenne de l'arcade crurale au-dessus de laquelle il est situé. Cet orifice a bien plutôt la forme d'une

fente que celle d'un anneau. Son grand diamètre dirigé verticalement mesure de 10 à 15 millimètres. Le fascia transversalis s'y engage avec les divers éléments du cordon et forme en se réfléchissant de dedans en dehors un repli semi-lunaire ou falciforme dont le bord concave dirigé en dehors, constitue le bord interne de l'anneau lui-même. Sous l'orifice interne du canal inguinal s'étale le péritoine présentant généralement à ce niveau une légère dépression ou fossette.

Chez la femme le canal inguinal est un peu plus long et moins large que celui de l'homme; il loge le ligament rond.

Nous allons maintenant donner une courte description des diverses couches de cette région :

1° Nous trouvons la peau doublée d'une couche de graisse ;

2° Le fascia superficialis composé de deux lames, l'une superficielle mince, l'autre profonde et épaisse ;

3° Des vaisseaux et nerfs superficiels, des ganglions lymphatiques ;

4° L'aponévrose d'enveloppe du grand oblique ;

5° Ensuite le muscle grand oblique, et l'arcade crurale.

Nous donnons une description détaillée du muscle grand oblique à cause des rapports du tendon de ce muscle avec l'arcade de Fallope et le canal inguinal. Le muscle grand oblique appelé encore oblique externe est le plus superficiel des muscles latéraux

de l'abdomen, il est large et aplati et s'étend des sept ou huit dernières côtes à l'os coccal, à l'arcade crurale et à la ligne blanche. Le mode de terminaison des faisceaux constitutifs de ce muscle est complexe. Les faisceaux inférieurs descendent vers la crête iliaque pour s'insérer sur sa lèvre externe à l'aide de fibres tendineuses excessivement courtes. Les autres faisceaux se jettent sur le bord externe d'une large lame fibreuse appelée improprement aponévrose du grand oblique.

Cette aponévrose du grand oblique présente la forme quadrilatère, plus large en bas qu'en haut, ayant la même direction que les faisceaux charnus, puis passant en avant du grand droit, elle vient s'attacher à la ligne médiane, au pubis, à l'arcade fémorale.

Voyons son rôle à l'arcade de Fallope ! A l'arcade de Fallope, le grand oblique adhère par fusion de tissu au bord antérieur de cette bandelette fibreuse et contracte en même temps des connexions intimes avec la gaine du psoas en dehors, avec le ligament de Geinbernath en dedans, ce qui fait croire à certains auteurs qu'il ne fait que s'accoler à l'arcade fémorale et vient ensuite se fixer en dedans sur la gaine du psoas ou fascia illiaca et sur l'aponévrose du pectiné en dehors concourant à former le ligament de Geinbernath.

Tandis que le ligament de Fallope est une ban-

delette fibreuse obliquement étendue de l'épine iliaque antéro supérieure à l'épine du pubis.

Elle présente deux bords et deux faces dont l'un, l'antérieur, répond à la peau, et l'autre, postérieur répond au péritoine.

Les deux faces dont l'une l'inférieure regarde le bord antérieur de l'os coccal et l'autre supérieure creusée légèrement en gouttière reçoit le cordon spermatique.

L'arcade crurale a été l'objet de longues discussions, Tempson et Richet prétendent qu'elle est constituée d'une formation particulière, Tillaux et Nicaise prétendent au contraire qu'elle n'est qu'une portion de l'aponévrose du grand oblique, M. Testut croit qu'elle est constituée par des fibres propres qui se rendent directement de l'épine iliaque à l'épine pubienne et que viennent renforcer dans toute leur étendue des fibres à trajets obliques émanant de l'aponévrose du grand oblique.

L'arcade de Fallope croise dans son tiers externe la gaine de psoas ou fascia iliaca qui passe au-dessous d'elle et lui adhère d'une façon absolument intime. Cette fusion de l'arcade fémorale avec la gaine du psoas, commence au niveau de l'épine iliaque antéro-supérieure et se poursuit jusqu'à 4 ou 5 centimètres en allant vers le pubis. Au delà de ce point la gaine fibreuse se sépare de l'arcade pour se porter en bas vers l'éminence iléo-pectinée où elle se fixe solidement.

Cette portion libre du fascia-iliaca qui descend obliquement de l'arcade sur l'éminence ilio-pectinée a reçu de Thompson le nom de bandelette ilio-pectinée. Les auteurs ne sont pas d'accord sur cette démonstration, ainsi M. Testut prétend que la bandelette ilio-pectinée n'est pas une formation nouvelle surajoutée au fascia-iliaca, mais bien le fascia-iliaca lui-même.

Nous trouvons d'autre part une série de faisceaux réfléchis que laisse échapper en bas l'extrémité interne ou pubienne de l'arcade crurale, l'ensemble de ses faisceaux concourt à former une membrane triangulaire à sommet interne, désignée sous le nom de ligament de Geimbernat.

Entre la face postérieure du grand oblique et la face antérieure du petit oblique se trouve une couche de tissu cellulaire composée de deux lames, ensuite nous trouvons le muscle du petit oblique.

Ce muscle encore appelé oblique interne est large et aplati et dirigé dans le sens contraire du grand oblique et ses tendons de la région lombo-iliaque aux dernières côtes. Il s'insère en bas sur le tiers externe de l'arcade crurale dans les trois quarts antérieurs de l'interstice de la crête iliaque sur l'aponévrose qui se confond avec le feuillet postérieur de l'aponévrose du transverse et relie les muscles aux apophyses épineuses des deux ou trois dernières vertèbres lombaires.

Les insertions à l'arcade crurale et au tiers anté-

rieur de la crête iliaque se font directement par des faisceaux charnus.

De ces insertions inférieures, il s'étend en éventail pour aller s'insérer de la douzième côte au pubis.

Les faisceaux les plus antérieurs obliques en bas et en dedans se portent vers le pubis et se terminent en partie sur la région de l'épine et du col. Quelques faisceaux directement appliqués sur le cordon viennent le plus souvent renforcer le crémaster.

Les auteurs ne sont pas d'accord sur la constitution du crémaster.

D'après Cloquet les fibres les plus inférieures du muscle petit oblique, après avoir contourné la partie antérieure, supérieure du cordon descend avec lui à l'orifice inférieur du canal inguinal en formant au devant du cordon de grandes anses renversées à convexité inférieure qui se continuent jusqu'au fond des bourses pour former le crémaster. D'après d'autres auteurs tels que Poulet, Th. Baroi, Broca, Bouchard, Tillaux, Bonami, etc., le crémaster est un muscle spécial et ortonome.

Encore d'autres, tels que Sappey, Godard, Brissaud, Edwards-Milne, Curling, pensent que le crémaster est le Gubernaculum retourné.

M. Charles Debière et J. Pravaz qui ont étudié la question d'une façon toute spéciale, déclarent que le crémaster est une dépendance du muscle petit oblique.

Tendon conjoint. — Le tendon conjoint est formé par les fibres tendineuses inférieures du transverse et du petit oblique. Ce tendon doit occuper toute notre attention car c'est par sa réunion que nous arrivons à reformer la paroi inférieure du canal inguinal. « Une fois que le tendon conjoint est formé, il se porte en bas vers le pubis. Ses fibres les plus internes sont très obliques et glissent devant le muscle pyramidal et derrière le pilier de Colles se joignant aux fibres du plan superficiel du petit oblique et s'insère avec elle sur le dessus de la symphise pubienne entre l'angle et l'épine. Les fibres moyennes au contraire descendent en dehors, un peu en arrière des précédentes ; elles forment à leur origine, en passant de la direction oblique à la direction verticale, une courbure plus ou moins marquée en forme d'arcade.

Elles répondent au bord externe du grand droit, dont elles s'éloignent peu à peu pour s'insérer à la suite des précédentes, derrière l'épine pubienne, puis sur la crête pectinéale. Les fibres les plus externes sont les plus faibles et souvent réduites à quelques fibres isolées ; elles s'insèrent comme les précédentes en bas et continuent en dehors le plan des fibres moyennes : elles s'insèrent à la suite sur la crête pectinéale. Ainsi donc le tendon conjoint s'infléchit pour gagner la crête pectinéale en formant une sorte d'arcade. Dans son ensemble cette partie infléchie a la forme d'un plan fibreux triangulaire. Le bord interne

du tendon conjoint répond au muscle grand droit, le bord externe reste à une distance variable de l'orifice inguinal supérieur.

Le tendon conjoint est en rapport en avant et en allant de dedans en dehors avec le pilier interne, avec le ligament de Colles qui est soudé à sa face antérieure en dehors de lui le cordon entouré de sa tunique fibreuse est appliqué directement sur tout le reste de son étendue.

Par sa face postérieure le tendon conjoint répond au muscle pyramidal puis au bord externe du grand droit, et plus en dehors au fascia transversalis. D'une façon générale, l'épaisseur du tendon décroît de dedans en dehors. »

Muscle transverse. — Insertions : Le muscle transverse s'insère sur la face interne des six dernières côtes qui s'entrecroisent avec les digitations correspondantes du diaphragme, ensuite sur le bord interne de la crête iliaque dans ses trois quarts antérieurs à l'aide de fibres tendineuses excessivement courtes, ensuite sur le tiers externe de l'arcade crurale, c'est cette insertion qui concourt à renforcer le tendon du petit oblique, ensuite sur la colonne lombaire, par l'intermédiaire d'une sorte d'aponévrose d'insertion connue sous le nom d'aponévrose abdominale postérieure.

Fascia transversalis. — Le fascia transversalis a été décrit en 1806 par A. Cooper et son étude a été

reprise en 1871 par M. Cloquet, qui la considère comme une mince lame celluleuse, située entre le muscle transverse de l'abdomen et le péritoine. Il part de la région supérieure de l'abdomen au voisinage de l'arcade crurale. Au niveau de l'arcade crurale, il est formé de deux ordres de fibres qui prennent naissance à la crête pectinéale, à l'arcade crurale et aux ligaments de Geinbernat. Ces fibres sont de deux ordres : les unes verticales et les autres transversales. Les fibres verticales sont le plus souvent dissociées en deux lames distinctes dont l'une, l'interne, est désignée sous le nom de ligament de Henlé et l'autre, l'externe, sous le nom de ligament de Hesselbach.

Celui de Henlé vient de la gaine du muscle droit de l'abdomen, son bord interne vertical est confondu avec le bord externe de cette gaine, son bord externe est oblique en bas et en dehors concave et tranchant. Sa partie inférieure s'attache au ligament de Cooper et à l'arcade crurale.

Le ligament de Hesselbach est représenté par un ruban tandineux d'épaisseur variable qui descend entre les vaisseaux épigastriques et l'anneau inguinal interne, sa base est élargie et s'attache aussi à l'arcade crurale.

Entre ces deux ligaments existe une partie faible d'épaisseur et d'étendue variable qui répond à la fossette inguinale moyenne. Cet espace n'est comblé que par le fascia transversalis qui peut permettre l'intro-

duction du doigt en arrière jusqu'au niveau de l'anneau inférieur ; c'est par cette voie que se font les hernies directes. « Les fibres transversales sont considérées par les allemands comme l'expansion horizontale ou base du ligament de Hesselbach mais en France on les décrit plutôt comme faisceaux indépendants ». La bandelette illéo-pubienne s'insère en dehors de l'épine iliaque entéro-supérieure à la lèvre interne de la crête iliaque sur une étendue variable, en dedans elle s'insère sur l'épine du pubis.

Cette bandelette répond par sa face antérieure à la face postérieure du muscle transverse et du petit oblique et par sa face postérieure elle répond au fascia iliaca auquel elle est unie. Son bord supérieur répond au fascia transversalis et son bord inférieur à l'arcade crurale.

Péritoine. — Le péritoine est une membrane séreuse qui tapisse toute la région abdominale sans adhérer à la face supérieure du fascia transversalis excepté au niveau de l'orifice inguinal supérieur. La cause de cette adhérence est due d'abord à l'insertion du crémaster interne sur le péritoine 2^{me} au reliquat du canal péritonéo-vaginal oblitéré comme l'a démontré J. Cloquet.

Vaisseaux épigastriques. — L'importance de ces vaisseaux dans cette région mérite de nous arrêter un instant. Le rapport qu'ils affectent avec le canal inguinal sont cause des précautions dont le chirurgien

doit s'entourer tant en disséquant le sac qu'en le pédiculisant. Aussi ne doit-il porter son couteau, ses ciseaux, sa sonde, dans ces régions, qu'en s'entourant de toutes les précautions possibles. Ces mêmes précautions doivent être gardées pour ne pas léser la veine et les autres vaisseaux qui accompagnent l'artère et la veine épigastriques.



Chapitre III

Des causes de la récurrence

Dès divers procédés que nous venons de passer en revue, aucun d'eux ne semble réaliser les conditions suffisantes pour empêcher la récurrence de la hernie inguinale. Le meilleur procédé peut certes être suivi de récurrence suivant les conditions dans lesquelles se place l'opérateur. La récurrence peut avoir pour cause des raisons multiples.

D'abord, l'opérateur peut employer des procédés défectueux et incomplets, ensuite elle peut être causée par une faute opératoire, par un manque d'aseptie et d'antiseptie et encore par une opération intempestive tentée sur une hernie volumineuse dont les éléments de reconstitution font complètement défaut ou sont trop affaiblis.

Nous allons maintenant discuter chacune des conditions dans lesquelles la récurrence est possible.

L'opérateur qui entreprend la cure sanglante de

la hernie inguinale, doit d'abord se rendre compte de l'état des tissus et du manuel opératoire qu'il veut employer.

M. Championnière, dans son traité de hernie de 1887, dit que toutes les hernies ne sont pas passibles du même mode opératoire. Certes, il existe des procédés multiples ; mais il n'en est qu'un qui, bien observé et bien exécuté, pour nous, réalise toutes les conditions qui mettent les malades en sécurité après l'opération.

C'est le procédé de Bassini qui, entre les mains de chirurgiens qui le pratiquent, doit être couronné de succès. Ce procédé s'attaque à la cause même de la récurrence, car cette cause est, en plus grande partie, dans l'absence de reconstitution anatomique du plan profond du canal inguinal. Quand cette première partie de l'opération est bien faite par l'opérateur, l'opération est virtuellement réussie, car ce plan est celui contre lequel viennent s'épuiser les poussées des organes abdominaux.

Maintenant que nous connaissons une des causes de la récurrence, nous nous croyons autorisés à dire que pour qu'une cure sanglante de la hernie inguinale soit complète il faut que la paroi postérieure du canal inguinal soit reconstituée dans sa disposition anatomique normale pour ne pas se laisser refouler par le poids des organes abdominaux.

Quand ce plan profond manque, ces organes ne rencontrant presque pas d'obstacle refoulent au-

devant d'eux, par leur seul poids, les tissus incapables de les maintenir en place. C'est la récurrence fatale et immédiate.

Dans nos observations nous avons rapporté des cas de récurrence, qui eurent lieu, bien que le procédé employé fut celui de Bassini.

Certes nous en avons constaté, mais nous croyons que ces récurrences eurent pour cause¹ le plus souvent un mode opératoire défectueux. L'opérateur qui croit charger le tendon conjoint et qui ne charge que du tissu adipeux ou un autre élément n'a pas reconstitué la paroi postérieure du canal inguinal, la récurrence est aussi certaine que s'il n'avait fait que suturer le plan superficiel sur la plaie.

Comme l'a dit M. J. Reverdin : « Il s'agit de réduire dans l'abdomen et d'y retenir définitivement les parties herniaires sans autre secours que les modifications apportées par le fait de l'opération.

Il n'y a pas, dans la reconstitution du plan profond, que cette seule faute qui puisse être cause de la récurrence. Les points de suture peuvent être aussi trop éloignés et les surfaces cutanées n'étant pas suffisamment en contact sont tirillées.

Le fil même peut n'être pas suffisamment solide.

Quant à la suppuration elle a été toujours considérée comme une cause réelle de récurrence quel que soit le procédé employé.

Ses causes sont aussi multiples, ainsi M. Cham-

pionnière dit dans son traité de 1887 : « Le seul détail du fil mal préparé peut convertir une opération bénigne en une calamité et le moindre accident de ces insuffisances serait l'insuccès. » Plus loin il ajoute : « Si le matériel était suspect le chirurgien devrait s'abstenir. » La suppuration ne peut avoir d'autres causes que l'infection de la plaie, soit par l'organisme même (tuberculose, syphilis, diabète ???) soit par l'opérateur, ses aides, les éponges, les tampons qui servent pendant l'opération ou encore par les instruments septiques et les germes aériens.

Avec la belle découverte de l'illustre Pasteur, la suppuration est aujourd'hui rare et moins à craindre, grâce aux soins dont s'entourent les opérateurs, qu'une faute opératoire.

Dans nos observations nous avons signalé trois récurrences provoquées par la suppuration.

Le quatrième point que nous avons à signaler comme pouvant être cause de la récurrence est : le volume de la hernie et l'affaiblissement plus ou moins grand des tissus devant concourir à la reconstitution de la paroi postérieure.

Quand une hernie est très volumineuse, quand le canal inguinal se trouve très large, quand le doigt introduit dans ce canal ne sent pas ou presque pas des éléments de reconstitution, l'opération ne doit pas être tentée, car si l'arcade crurale est toujours suffisamment développée pour être suturée, il n'en est pas

de même du tendon conjoint, si variable dans son développement et dans sa constitution, il peut n'être réduit qu'à une simple bandelette et alors il ne reste plus qu'une chance comme le conseille M. le professeur Berger, c'est de suturer l'arcade crurale à la gaine du grand droit.

Nous finissons en signalant quelques précautions utiles pendant l'opération : l'opérateur doit ne pas parler pendant l'opération et porter un masque qui remonte au niveau de la racine du nez et réduire le plus possible le nombre des aides.

Ces précautions ont une très grande valeur pour quiconque veut faire la chirurgie antiseptique.

Du fil à employer dans la ligature profonde

Il n'est pas indifférent, pour nous, d'employer pour la reconstitution du plan profond du canal inguinal du fil de soie, du catgut ou du fil d'argent. Bien que cette question ait soulevé de longues discussions, nous ne restons pas moins partisans de la suture perdue. Nous avons fait remarquer à la page précédente l'importance de la reconstitution d'une façon anatomique du plan profond du canal inguinal. Il peut avoir été reconstitué d'une façon anatomique sans pour cela que l'opération soit complète. Les substances employées à sa reconstitution ne présentent pas toutes la même puissance de résorption.

Ainsi le catgut se résorbe trop vite pour qu'il serve à cette reconstitution ; les surfaces mises en contact n'auront pas toujours le temps de se reconstituer qu'il sera résorbé, ce sera l'insuccès, bien que le plan profond ait été reconstitué anatomiquement.

Pour donner plus de résistance au catgut, des chirurgiens ont imaginé de le préparer à l'essence de genévrier, ce procédé lui enlève sa souplesse et ne modifie que très faiblement sa rapidité de résorption.

Quant au procédé du fil d'argent employé par Messieurs Duplay et Cazin sans le rejeter complètement, nous ne l'employons pas.

Ce que certains chirurgiens reprochent à la suture perdue c'est de provoquer la suppuration.

Quelle différence peut-il exister entre un fil de soie aseptique et un catgut aseptique ? Celui-ci est appelé à se résorber sans même parfois donner le temps aux tissus mis en contact de se fusionner ; tandis que la soie maintiendra les surfaces cruentées en contact jusqu'à la parfaite reconstitution sans, pour cela, provoquer plus de suppuration, c'est là le sujet de la discussion. — Si le chirurgien s'entoure de toutes les précautions et que le fil de soie soit préparé d'une façon aseptique, il ne peut provoquer, comme on le prétend, de suppuration. Nous avons assisté aux nombreuses cures de hernies faites par M. Berger par la méthode du fil perdu, jamais nous n'avons été témoin d'un cas de suppuration.

Nous croyons donc que rien ne peut remplacer plus efficacement le fil de soie préparé à l'autoclave comme cela se pratique dans certains services des hôpitaux. Certains chirurgiens, pour plus de précaution, le soumettent deux fois à l'autoclave, nous ne croyons pas que ce soit utile, au contraire cette seconde épreuve lui enlève sa souplesse. Il est aussi utile que le fil soit le moins gros possible, pourvu qu'il soit solide, c'est le point essentiel.

Donc nous dirons pour conclure que le seul fil qui doit être employé dans la reconstitution du plan profond du canal inguinal, afin que les éléments restent en contact le temps suffisant à la reconstitution, c'est le fil de soie préparé à l'autoclave.



Observations

OBSERVATION I

Le mardi 30 mai 1899, le nommé Michel se présenta à l'hôpital de la Pitié, salle Michon, avec une hernie récidivée.

A l'examen, nous constatons une cicatrice partant du pli de l'aîne gauche, remontant un peu obliquement en dehors sur la paroi abdominale.

Le pli de l'aîne et le scrotum du même côté sont augmentés de volume ; la peau n'est plus souple et présente un empâtement considérable sous la main qui la palpe ; la tumeur est pyramidale, de la grosseur d'une orange à grosse extrémité tournée en bas, elle est de cinq centimètres de diamètre avec un pédicule de deux à trois centimètres ; elle est difficilement réductible.

L'empâtement est surtout marqué à sa partie supérieure.

Quand le malade tousse, on ne sent pas beaucoup d'impulsion.

Par le massage et le taxis, on réduit la tumeur qui

produit un bruit de gargouillement, mais après le scrotum reste volumineux et on sent encore l'empâtement. En continuant à presser sur la tumeur on entend un bruit de frottement, c'est alors seulement que disparaît l'empâtement du scrotum. En se coiffant le doigt du scrotum, on pénètre dans l'anneau inguinal qui est assez large pour permettre l'introduction du pouce. Le pilier externe est nettement perceptible, mais les piliers intermédiaires sont effacés.

A cause de la grosseur de la tumeur, le malade n'a pas été opéré, on lui a recommandé le port d'un bandage.

Réflexion. — Quand on croit que les éléments reconstitutifs de la paroi ne sont pas suffisants, il est inutile de tenter l'opération, car la récurrence est imminente.

OBSERVATION II

Hôpital de la Pitié, lit n° 10, salle Michon.

Le nommé Guillaume, charretier, âgé de 42 ans, est entré le 20 avril 1899, salle Michon, pour une hernie pubienne droite récidivée. Il avait été opéré au mois de mars 1898 par un médecin militaire ; la plaie avait suppuré jusqu'en mai 1898.

La récurrence a été très précoce 4 jours après l'opération, prétend le malade.

À l'examen, nous avons constaté une tumeur grossée comme une mandarine, non douloureuse au toucher.

La peau de l'aîne portait une cicatrice, vestige de la première cure. Cette cicatrice était un peu élargie à son extrémité interne, ce qui nous avait fait supposer que l'opérateur avait employé le procédé de Barker plutôt que celui de Bassini.

Le malade a été réopéré le 27 avril 1899 par Monsieur Berger. Une fois son incision faite il constata que le fascia superficiel était très adhérent à l'aponévrose du grand oblique, au sac fibreux et aux plans musculaires profonds. Le cordon était dissocié autour du sac fibreux et le canal déférent adhérait à la partie la plus inférieure du trajet inguinal. Le péritoine a été facilement isolé et réséqué. Le cordon qui était sorti du trajet inguinal et qui adhérait au sac fibreux fut isolé et replacé dans son trajet. Le sac fut ensuite réséqué et l'on procéda à la reconstitution du plan profond par de fortes sutures, puis le plan du grand oblique fut disséqué et suturé à la soie.

Réflexion. — Nous croyons que la récurrence a eu pour cause tant le manuel opératoire que la suppuration qui s'en suivit.

OBSERVATION III

Hôpital de la Pitié, lit n° 3

Au lit n° 3 du pavillon Michon se trouve un nommé

Delplanque âgé de dix-neuf ans (19), porteur d'une hernie inguinale droite récidivée.

Il a été opéré le 12 mars 1898 à l'hôpital Cochin, la plaie n'a pas suppuré, les fils ont été enlevés le huitième jour et le malade avait pu reprendre quelques jours plus tard son travail.

Deux mois après l'opération le malade aperçut une grosseur au pli de l'aine du même côté qu'il avait été opéré il en a même souffert pendant quelques jours. Cette grosseur s'accroissant de plus en plus avait fini par descendre dans les bourses en reprenant le même volume qu'elle avait eu avant l'opération. C'est pour cette nouvelle tumeur que le malade a été accepté au pavillon Michon où il est entré le 22 juin 1899, quinze mois après son opération.

Examen du malade. — Le malade est couché sur un lit dans le décubitus dorsal. Nous constatons que les deux régions inguinales ne sont pas semblablement conformées. La région droite est plus proéminente que la région gauche et présente une cicatrice oblique. Cette cicatrice part de la racine des bourses et remonte assez haut sur la paroi abdominale, elle est oblique externe. Le scrotum semble aussi contenir deux tumeurs partagées par un sillon. Quant nous faisons tousser le malade nous voyons un soulèvement du côté de la tumeur supérieure tandis que l'inférieure semble remonter.

Au palper la cicatrice est souple et ne semble pas être adhérente aux tissus sous-jacents. Le pli de l'aine est empâté, le scrotum est souple mais on sent une masse sphérique qui glisse sous les doigts. Cette masse n'occupe pas toute la hauteur du scrotum elle est séparée du testicule

qui a le même volume que celui du côté opposé, par un espace de un centimètre et demi.

En faisant tousser le malade tandis qu'on tient la tumeur, on sent un mouvement d'expansion et de choc. En pressant sur la tumeur on la fait pénétrer dans le ventre (assez facilement) avec un léger bruit de frottement.

En se coiffant le doigt du scrotum on pénètre dans le canal inguinal, on constate que le canal inguinal est ouvert que les piliers internes et externes sont conservés et que le pilier antérieur est comme érodé et lâche.

Quand faisant tousser le malade et qu'on laisse le doigt dans le trajet inguinal on sent un choc.

Delplanque est opéré le 1^{er} juillet 1899 l'incision est faite sur la précédente.

La difficulté de l'opération tenait de la confusion de l'aponévrose superficielle avec la peau. Il est impossible de reconstituer les piliers interne et externe. Le pilier externe fait absolument défaut. Le sac est volumineux et présente encore un collet, facile à isoler et à pédiculiser, à trois centimètres au-dessous de ce collet. Le plan profond est plus difficile à reconstituer, on n'y arrive que par dissections, on l'insère très solidement à l'arcade de Fallope et aux tissus fibreux profonds par des sutures à la soie. La plaie superficielle est reconstituée par des points de Championnière.

L'opération est sanglante et difficile.

OBSERVATION IV

Hôpital Necker (Brodie).

J. G. . . , 18 ans, garçon pâtissier veut faire son service militaire ; porteur d'une hernie inguinale congénitale droite assez volumineuse, se fait opérer en novembre 1891. Je trouve une hernie épiploïque avec quelques adhérences. Cure radicale faite par le procédé de L. Championnière, dissection très haute du sac. Je place trois fils en U sur la paroi antérieure de façon à faire un accolement en surface de un centimètre de large des deux piliers ensemble. Guérison en douze jours sans drainage. Port de bandage pendant six mois.

En novembre 1892 le sujet part pour le service militaire ne portant plus de bandage, fait selle, escrime, des marches forcées, de la gymnastique. Je revois le malade en 1895 et en 1896. Cicatrice très solide, pas d'impulsion à la suite d'efforts.

En 1898, à la suite d'un excès de gymnastique exagéré douleurs vives dans l'aîne. Je revois le malade et je trouve une petite pointe de hernie. La tumeur herniaire s'échappe de la paroi en bas et en arrière, je conseille au malade de porter un bandage.

Réflexion. — Dans le cas présent je pense que si le procédé de Bassini avait été employé, la récurrence ne se serait pas produite.

Mais, en 1891, ce procédé n'avait pas été encore vulgarisé en France, Bassini ne l'ayant employé qu'en 1890 et l'on attendait les résultats de ses cures radicales. Je le crois d'autant plus que les muscles de la paroi de ce sujet étaient en excellent état.

Je ferai observer que le malade se livrait à des exercices très violents, convaincu qu'il était de la solidité de la cicatrice et du bon résultat de sa cure radicale.

OBSERVATION V

Hôpital Necker (Brodié)

Émile M..., âgé de 22 ans, peintre en bâtiments, se présente à l'hôpital Baujeon avec une hernie inguinale congénitale droite, ayant depuis dix-sept heures des phénomènes, étranglements herniaires, vomissements, douleurs vives au niveau du collet, tension de la tumeur herniaire, arrêt complet des matières fécales et des gaz. Accepté à l'hôpital Baujeon.

Réduction de la hernie le 25 mars 1899.

Dix-sept jours après, le 11 avril 1899, cure radicale de la hernie faite par le docteur Lyot, dans le service du Dr Marchand.

Réunion par première intention sans drainage. Sorti de l'hôpital trois semaines après. Reprend son travail immédiatement.

Désir

Dans les premiers jours d'août, en échafaudant un ravalement, et en faisant un effort, le sujet ressent un tiraillement et une cuisson dans l'aîne. Une pointe de hernie se reproduit.

Le 13 novembre, le blessé se présente à la consultation de Necker avec une pointe de hernie. La paroi antérieure du canal est solide, la cicatrisation du canal est bonne, la hernie s'échappe en arrière et en bas. Le malade est atteint en même temps d'une funiculite et d'une épididymite bacillaire. La paroi du ventre ne semble pas très bonne, le ventre se laisse distendre au moindre effort de taxis.

Réflexion. — Il est bon d'observer que dans ce cas il n'y a eu ni suppuration ni drainage, mais il faut remarquer aussi que le blessé a repris son travail immédiatement et qu'il n'a pas porté de bandage. Or, d'après Monsieur L. Championnière, le port du bandage est nécessaire pendant six mois pour assurer la solidité de la cicatrice de la paroi abdominale.

OBSERVATION VI

Hopital Necker (Brodie)

P. C., âgé de 38 ans, se présente à la consultation de Necker en août 1899 avec une récurrence herniaire. L'opération remonte à 2 mois. Cette opération faite à l'hôpital

Cochin semblait donner un excellent résultat quand, 8 jours après sa sortie de l'hôpital, il se produit une légère tuméfaction de la paroi abdominale. La peau rougit et s'ulcère. A l'examen du malade je trouve une fistule et j'extrais des fragments de fils de suture. Il y a reproduction de hernie au niveau de la paroi antérieure de canal.

Réflexion. — Il n'est pas étonnant que dans ce cas la récurrence ait eu lieu, car les fils de la paroi antérieure se sont éliminés, il y a suppuration et il y a longtemps que le P^r Fevrier a montré que dans les cas de suppuration les récurrences étaient fatales. Il n'y a pas à proprement parler de récurrence, la paroi n'ayant pas été maintenue d'une façon définitive.

OBSERVATION VII

Hôpital Necker (Brodié)

Ch. J..., âgé de 32 ans, arrive à la consultation de Necker le 10 août 1899, avec une récurrence herniaire ; mais il s'agissait d'une hernie étranglée et la plaie avait été drainée. La récurrence s'était produite trois mois après l'opération. La paroi abdominale est d'ailleurs dans un très mauvais état, il y a presque la triple saillie de Malgaigne lorsque le malade tousse.

Réflexion. — Dans ce cas le drainage et le mauvais état de la paroi surtout semblent bien être la cause de la récurrence.

OBSERVATION VIII

Hôpital Necker (Mauclerc)

Le nommé Béliet, garçon de magasin, âgé de 52 ans, est entré à l'hôpital Necker, le 29 juin pour une fracture malléolaire. A l'examen du malade nous constatons, outre sa fracture, une hernie inguinale gauche volumineuse, récidivée.

Histoire de la première hernie. — Jusqu'à l'âge de 48 ans Béliet se portait bien et n'avait jamais rien eu à l'aîne. Après avoir fait un violent effort pour soulever un comptoir très lourd, quinze jours après il avait senti en même temps qu'une gêne à l'aîne gauche une douleur. La partie avait augmenté de volume et au bout d'un mois il avait nettement la sensation d'une tumeur qui descendait dans la bourse gauche. Il alla consulter un médecin qui lui commanda un bandage. Béliet porta son bandage régulièrement pendant 4 ans ; à cette époque, la hernie qui était jusque-là réductible a cessé de l'être. Il alla consulter à Brousset où on lui conseilla l'opération.

La tumeur était alors un peu plus grosse qu'un œuf de poule. Il fut opéré par Monsieur Campenon en juin 1895. Les fils ont été enlevés le huitième jour et le malade fut

envoyé au Vésinet. Il portait un bandage. Tandis qu'il était au Vésinet, il s'aperçut que la plaie opératoire n'avait pas été complètement cicatrisée et dès ce moment son bandage lui était insupportable.

Trois mois après l'opération la hernie s'était reproduite. Elle avait pris des proportions telles qu'elle était devenue de la grosseur de la tête d'un fœtus.

A l'inspection nous trouvons une cicatrice blanchâtre, oblique, externe, à côté de cette cicatrice on en trouve d'autres sphériques plus ou moins larges. La plus large a la dimension d'une pièce de deux francs.

Le pli de l'aîne est augmenté de volume. Quand on fait tousser le malade on perçoit un faible mouvement d'impulsion.

On constate en outre que le scrotum du même côté est divisé par une saillie horizontale en deux parties : une partie supérieure très volumineuse et une partie inférieure peu volumineuse.

Par le toucher, on sent que toute la partie inguinale est épaissie ; la peau est adhérente sur une longueur de plusieurs centimètres aux tissus sous-jacents tant dans le sens longitudinal que dans le sens transversal. Cet épaississement descend bien bas sous le scrotum au-dessous de la cicatrice opératoire. Elle est limitée au niveau du sillon qui partage les deux tumeurs scrotales. Les tissus de la partie inférieure du scrotum restent souples, on y distingue facilement le testicule qui est d'un volume moins considérable que celui du côté opposé. Les tissus de la partie postérieure sont aussi souples.

En se coiffant le doigt de la partie inférieure du scro-

tum et en le portant en arrière de la partie antérieure vers l'anneau inguinal, le malade accuse la sensation d'une réduction et l'opérateur sent aussi manifestement que la tumeur devient moins volumineuse sans pour cela disparaître complètement. On ne peut sentir dans cette vaste ouverture aucun élément.

En faisant tousser le malade, on sent un choc.

Le malade ne peut se servir de bandage pour contenir sa hernie. Il se sert, depuis 1896, d'une peau de chien qui lui tient lieu de suspensoir.

Réflexion. — La récurrence a eu sans doute pour cause la suppuration et une nouvelle cure ne peut être tentée sur le sujet à cause de la disparition des éléments reconstitutifs de la paroi.

OBSERVATION IX

Hôpital Necker (Maucler)

Le 20 juillet est entré salle Malgaigne, Duviquet, gardien de nuit. Âgé de 54 ans, pour se faire opérer au coude. Il portait en même temps une hernie inguinale récidivée volumineuse.

Histoire de la première hernie. — En 1889, le malade avait fait un grand effort pour mettre sur son épaule une moitié d'un bœuf pesant environ 80 à 100 kilogr. Il sentit,

dit-il, au même moment une douleur à l'aîne gauche et quinze jours plus tard il y constata une tumeur. Cette tumeur continua à grossir de haut en bas et au bout de six mois elle avait atteint la grosseur du poing en même temps qu'elle était devenue irréductible.

Le malade entra à l'hôpital Necker, salle Malgaigne où il fut opéré par Monsieur Maurestin, la guérison se fit sans suppuration et le malade quitta l'hôpital le 22^e jour pour aller à Vincennes. C'est pendant qu'il était à Vincennes qu'une nouvelle tumeur avait reparu à la même place que la première.

Sa marche a été très rapide. Le malade étant couché sur un lit dans le décubitus dorsal, nous constatons que les deux régions inguinales ne sont pas symétriques.

Du côté gauche elle est augmentée de volume. Le pli de l'aîne est disparu et la cicatrice la traverse dans le sens transversal, On constate en même temps que le scrotum de ce côté est volumineux de la grosseur de deux poings et divisé par un sillon transversal en deux tumeurs, l'une supérieure, très volumineuse et l'autre inférieure de la grosseur d'une mandarine.

Au toucher, tous les tissus sont souples, il existe dans la partie moyenne de la cicatrice un point adhérent tandis que le reste semble n'avoir aucune adhérence. La hernie est irréductible. Le testicule qui forme au-dessous une tumeur lisse grosse comme une mandarine semble avoir contracté des adhérences avec l'intestin. On sent un cordon dur, moniliforme qui relie les deux organes. Il est impossible d'examiner le canal inguinal à cause de l'irréductibilité de la hernie.

Réflexion. — Le malade n'a pas été réopéré à cause du volume de sa hernie et de l'impossibilité dans laquelle on se trouverait à lui reconstituer sa paroi abdominale.

Le Bassini n'était pas alors connu et le procédé employé a dû être un de ceux que nous rejetons.

OBSERVATION X

Hôpital Necker (Mauclaire).

Le nommé Lionel, serrurier, âgé de 49 ans, a été opéré le 14 mars 1897 par M. Louys, interne des hôpitaux à l'hôpital Necker, d'une hernie double, par le procédé de Bassini. Huit mois après, la hernie du côté droit avait reparu. Le malade fut réopéré en juillet 1899 par M. Fresson. Sa mère eut une hernie, mais jusqu'à l'âge de 37 ans Lionel ne s'était pas aperçu qu'il était porteur d'une tumeur à l'aîne droite; quand il s'en aperçut, il alla consulter un médecin qui lui ordonna de porter un bandage. La tumeur avait alors la grosseur d'une noix, de consistance résistante, roulant sous les doigts. A partir de ce moment la tumeur avait commencé par grossir et en 1897, alors que le malade avait atteint l'âge de 47 ans, la tumeur était aussi grosse que le pouce, mais descendait fort peu dans le scrotum.

Le 3 mars 1897, le malade faisant un violent effort

pour pousser une voiture, entendit un craquement du côté de sa hernie et constata qu'elle avait augmenté de volume. Le lendemain, le malade arrivant à l'hôpital Necker fut hospitalisé, et il a été opéré le 15 mars par M. Louys de ses deux hernies. La hernie du côté gauche, qui datait d'un an, n'a pas récidivé, mais la droite aussi, la plus volumineuse, a reparu. M. Louys avait employé pour les deux cures le procédé de Bassini.

Nous supposons que la hernie droite n'a récidivé que parce que les éléments de reconstitution manquaient du côté droit.

OBSERVATION XI (Souligoux)

Au lit n° 12 de la salle Nélaton se trouve le nommé Duermael, garçon d'hôtel, âgé de 44 ans, opéré le 13 juin 1899, d'une hernie récidivée, par M. Souligoux.

En 1880, Duermael, garçon au bazar de l'Hôtel-de-Ville, fit un effort très violent pour maintenir au bout d'un crochet une suspension. Il ne sentit rien sur l'heure, mais huit jours plus tard, il éprouva des démangeaisons, au pli de l'aîne du côté gauche, tandis qu'il s'aperçut en même temps qu'une tumeur s'était formée à cet endroit.

Un mois après, cette grosseur était descendue dans la bourse gauche et avait atteint la grosseur d'un œuf de pigeon.

Elle était distincte du testicule dont elle était séparée de quelques centimètres.

Cette tumeur qui n'était soutenue par aucun bandage avait pris dans peu de temps des proportions considérables. Dans l'espace de deux ans elle avait atteint la grosseur de deux poings mais le malade n'en souffrait pas bien qu'elle n'était réductible que dans la position horizontale.

En 1890, le malade entra à l'hôpital Lariboisière dans le service de Monsieur Reynier où il subit une première cure radicale sanglante.

Le malade avait gardé le lit 25 jours, n'a pas eu de fièvre et fut guéri sans suppuration.

Duermael avait repris sa vie ordinaire et porté un bandage pendant deux mois.

Au quatrième mois de sa cure, il réaperçut à l'aîne gauche une nouvelle tumeur qui progressa sensiblement jusqu'à atteindre le volume qu'elle avait avant la première opération. Cette fois le malade eut des poussées douloureuses assez vives du côté de la tumeur ; c'est après une de ces poussées douloureuses qu'il est venu en juin 1899 demander à être à nouveau opéré à l'hôpital Lariboisière.

A l'examen du malade nous constatons à l'aîne gauche une cicatrice oblique de 5 centimètres partant du pli de l'aîne remontant vers la paroi abdominale. Le scrotum sphérique volumineux de la grosseur de deux poings. Quand le malade tousse, on aperçoit manifestement un mouvement d'expansion de la tumeur.

Au toucher la tumeur est dure, difficilement réductible.

Le malade fut réopéré par M. Souligoux, le 22 juin 1899,

OBSERVATION XII (Banzet)

L. E., âgé de 50 ans, masseur, opéré le 28 novembre 1899, à l'hôpital Bichat, dans le service de M. Terrier, pour une hernie inguinale gauche. N'a pas présenté de température après l'opération, mais la plaie a toujours suppuré. Deux mois après une nouvelle hernie était survenue du même côté. Cette tumeur grossit rapidement et a teint aujourd'hui la grosseur du poing. Cette nouvelle hernie fait souffrir le malade et lui donne par moment de fortes crises. C'est pourquoi il vient réclamer à l'hôpital de la Pitié dans le service de M. Terrier, une nouvelle cure.

La première hernie datait de 20 ans quand il fut opéré. Elle avait été étranglée en 1883, fut réduite par le taxis. Elle avait inspiré de grandes craintes au malade à cause des crises douloureuses dont il avait été l'objet.

Nous ignorons le procédé par lequel l'opération a été faite, mais quand elle est suivie de suppuration toutes les chances sont pour la récurrence quel que soit le procédé.

OBSERVATION XIII (Banzet)

B. G. . , 37 ans, opéré à l'Hôtel-Dieu d'une hernie inguinale gauche, datant de 40 ans, par le procédé de Cazin-Duplay, il y a un an. S'est présenté à l'hôpital de la

Pitié au mois de décembre avec une récurrence assez volumineuse scrotale réductible avec gargouillements augmentant de volume par la station debout et la toux.

L'anneau inguinal très dilaté, adhérent, recevant facilement le pouce.

Opéré le 20 janvier 1900 par Monsieur Banzet.

Les différents plans sont formés par du tissu cicatriciel.

Pas d'adhérences. Résection du sac par le procédé de Bassini.

Placement de fils de soie très rapprochés sur les deux plans.

OBSERVATION XIV (Souligoux)

M. P. . . , âgé de 42 ans, opéré à Lariboisière en 1891, dans le service de Monsieur Reynier, d'une hernie double. Le malade s'est représenté en 1899; à Lariboisière, dans le service de Monsieur. avec une récurrence de 6 ans. A l'examen du malade, nous constatons une cicatrice partant du pli de l'aîne gauche, remontant obliquement sur l'abdomen. Cette cicatrice ne semble pas être adhérente aux tissus sous-jacent. Le pli de l'aîne est augmenté de volume. Au toucher, les tissus ne sont pas indurés... Quand on se coiffe le doigt de la peau du scrotum et qu'on le porte vers le canal inguinal, on sent un anneau très dilaté. Quand on fait tousser le malade en laissant le doigt

dans le canal inguinal, on sent outre le choc mais qu'une anse intestinale glisse sur le doigt.

Nous ne savons par quel procédé l'opération a été faite, mais en 1890, le Bassini n'avait pas encore fait ses preuves et n'était pas employé beaucoup en France.

OBSERVATION XV

Le nommé F. B..., journalier, âgé de 42 ans, est entré à l'hôpital de la Pitié, pavillon Michon, au mois de mars 1898, avec une hernie récidivée présentant des accidents d'irréductibilité sans étranglement. Il est opéré le 18 mars 1898 par M. Berger.

Sa première cure radicale a été faite en 1893.

A l'ouverture du sac on trouve l'S iliaque adhérent par son méso à la paroi du sac. On a fait la résection d'une partie du sac qui a été refermé par un surjet et refoulé dans le ventre avec son contenu.

Au cours de ces manœuvres la vessie, entraînée du côté interne de la hernie a été ouverte. Elle a été refermée par deux plans de suture à la soie superposée.

La méthode employée dans cette opération a été celle de Bassini. Le plan profond a été reconstitué à la soie, le plan superficiel au catgut, puis drainage.

Le cordon était adhérent à la hernie vésicale ainsi que la cicatrice. La difficulté de l'opération tenait aux adhérences de certains points.

Le 22 mars 1898 la plaie a donné issue à une sérosité purulente très abondante mais non fétide et quelques gaz. Pas de température.

Nous avons revu le malade en avril 1900 avec une nouvelle récurrence.



Conclusions

Après avoir passé en revue les nombreux procédés qui ont été tour à tour employés dans la cure sanglante de la hernie inguinale pour d'empêcher la récurrence, nous n'en trouvons qu'un qui, bien observé et bien exécuté par le chirurgien qui le pratique, réalise cette condition : c'est le procédé de Bassini. Bien que nous le présentons comme étant le meilleur, nous dirons qu'il n'a pas plus de chance de succès que les autres procédés dans la hernie volumineuse et dans la hernie par glissement.

Vu : Le Président de la thèse,
PAUL BERGER.

Vu : Le Doyen,
P. BROUARDEL.

Vu et permis d'imprimer :
Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris,
GRÉARD.

Paris. — JOUVE et BOYER, imprimeurs, 15, rue Racine.

